

GIORGIO NARDONE

VAINCRE LES ATTAQUES DE PANIQUE

Grâce à la thérapie brève
stratégique



Enrick ·B· Éditions

VISIT...

LANZAROTE
Caliente.COM

GIORGIO NARDONE

VAINCRE
LES ATTAQUES
DE PANIQUE

grâce à la thérapie
brève stratégique

Traduction de l'italien par Élisabeth Bozzi

Enrick ·B·
— ÉDITIONS —

Titre original : *Non c'è notte che non veda il giorno,
La terapia in tempi brevi per gli attacchi di panico*
© 2003 Ponte alle Grazie srl, Milano

© 2019 Enrick B. Éditions, Paris
pour la traduction en français
www.enrickb-editions.com
Tous droits réservés

Conception couverture : Marie Dortier
Réalisation couverture : Comandgo

ISBN : 978-2-35644-361-8

« Cette œuvre est protégée par le droit d'auteur et strictement réservée à l'usage privé du client. Toute reproduction ou diffusion au profit de tiers, à titre gratuit ou onéreux, de tout ou partie de cette œuvre, est strictement interdite et constitue une contrefaçon prévue par les articles L 335-2 et suivants du Code de la Propriété Intellectuelle. L'éditeur se réserve le droit de poursuivre toute atteinte à ses droits de propriété intellectuelle devant les juridictions civiles ou pénales. »

Ce document numérique a été réalisé par [PCA](#)

Titre

Copyright

Prologue

Chapitre I - L'esprit qui se piège : anatomie de la panique

Psychophysiologie de la panique

Anatomie de la panique

Modèle circulaire de la persistance du syndrome de panique

Chapitre 2 - L'esprit en lutte contre lui-même : les différentes formes de la panique

Caractéristiques générales de la peur pathologique

Les peurs pathologiques modernes

Les différentes formes de panique : classification des peurs pathologiques

Chapitre 3 - L'esprit qui se libère : remporter la bataille sur la panique

Caractéristiques générales de la peur pathologique

Exemples de « magie technologique »

Chapitre 4 - L'esprit téméraire : prévenir les attaques de panique

Faire échec à la peur par la peur

Exaspérer pour réduire

Former par la découverte

Conclusion

Dans la même collection

Prologue

Imaginez que vous êtes seul au milieu d'une foule : soudain, vous sentez votre esprit se dérober, comme pris en embuscade par un ennemi implacable. Votre cœur, devenu fou, s'emballe tel un étalon au galop. Votre gorge se gonfle d'air, comme le ferait un fleuve en furie sous l'effet d'une crue violente, et vous suffoquez. Votre tête, qui se tient comme à l'aplomb d'un précipice, commence à osciller, prise de vertiges. La peur s'empare de vous et vous tentez de lui échapper mais on ne peut fuir ni soi-même ni ses propres sensations. La peur vous enveloppe, vous étrangle ; vous tentez de la contrôler mais c'est elle qui vous contrôle. Il vous semble que vous êtes, tout à la fois, en train de mourir et de devenir fou. Et soudain, une main se pose sur votre épaule et une voix amicale vous dit : « Bonjour, je suis désolé d'être en retard ». Comme les nuages poussés par un resplendissant soleil, la panique s'évanouit mais des perles de sueur glacée vous rappellent que vous n'avez pas rêvé, comme dans un affreux cauchemar.

Bienvenue dans le monde de la panique.

La peur provoquée par cet ennemi va désormais vous accompagner comme une ombre sinistre et plus vous tenterez de la chasser, plus vous vous y perdrez.

J'ai utilisé cette saynète pour plonger le lecteur dans la dramatique réalité des personnes qui souffrent d'attaques de panique. Souvent, l'entourage cherche à minimiser le problème : « Ce n'est rien, ton imagination te joue des tours... Tu fabriques tes propres démons, ce n'est pas une vraie maladie, c'est juste de la peur... ». Ces affirmations, bien que frappées au coin du bon sens, ne prennent pas en compte le fait qu'une maladie de l'esprit peut se révéler pire qu'une maladie physique et devenir, par ses effets, plus réelle que la réalité.

La peur, qui est la plus primitive de nos émotions, est, lorsqu'elle devient extrême, la plus concrète et la plus réelle de nos sensations ; elle contamine notre esprit et notre corps avec une réactivité si foudroyante qu'elle prend le pas sur tout autre pensée. C'est pourquoi, lorsque nous sommes gagnés par la panique, « les subterfuges de l'espoir sont aussi inefficaces que les arguments de la raison » (Émil Cioran).

Le fait que cette pathologie soit si envahissante et discriminante pour le sujet qui en est affecté ne veut pas dire pour autant qu'il s'agit d'une condamnation à perpétuité dont le sujet ne saurait se libérer. L'objectif de cet exposé est de présenter au lecteur, de manière claire et accessible, les connaissances actuelles sur le fonctionnement des différentes pathologies relatives aux paniques et surtout la thérapie, rapide et efficace, capable de permettre la délivrance de cette affection.

Mon expérience personnelle, nourrie de plusieurs milliers de cas pratiques, vécus, pour certains, par des sujets jugés « incurables », associée aux résultats les plus récents obtenus par la recherche empirique et expérimentale, soutenue par les modèles de Thérapie brève sur les maladies de l'anxiété, de la phobie et des obsessions

mis au point par le CTS d'Arezzo (Toscane, Italie) et utilisés avec succès depuis de nombreuses années partout dans le monde, m'incite à écrire une nouvelle fois sur le sujet. Mon but est d'expliquer au grand public que, pour résoudre ce problème dramatique, persistant parfois depuis longtemps, il n'est pas nécessaire de se soumettre à de longues et coûteuses thérapies mais qu'il peut être résolu par une intervention thérapeutique rapide et stratégique, définie par certains comme « magique ». Et comme le disait Arthur C. Clarke : « Une technologie très avancée dans ses effets ne diffère pas beaucoup d'une forme de magie ».

CHAPITRE I

L'esprit qui se piège : anatomie de la panique

« Celui qui est cause de sa propre peur ne peut vivre sans peur ».
Épicure, *Sentences morales*

« Utopie noire, seule l'anxiété est capable de nous fournir
des « précisions » sur l'avenir ».
Emil Cioran, *Syllogismes sur l'amertume*

Psychophysiologie de la panique

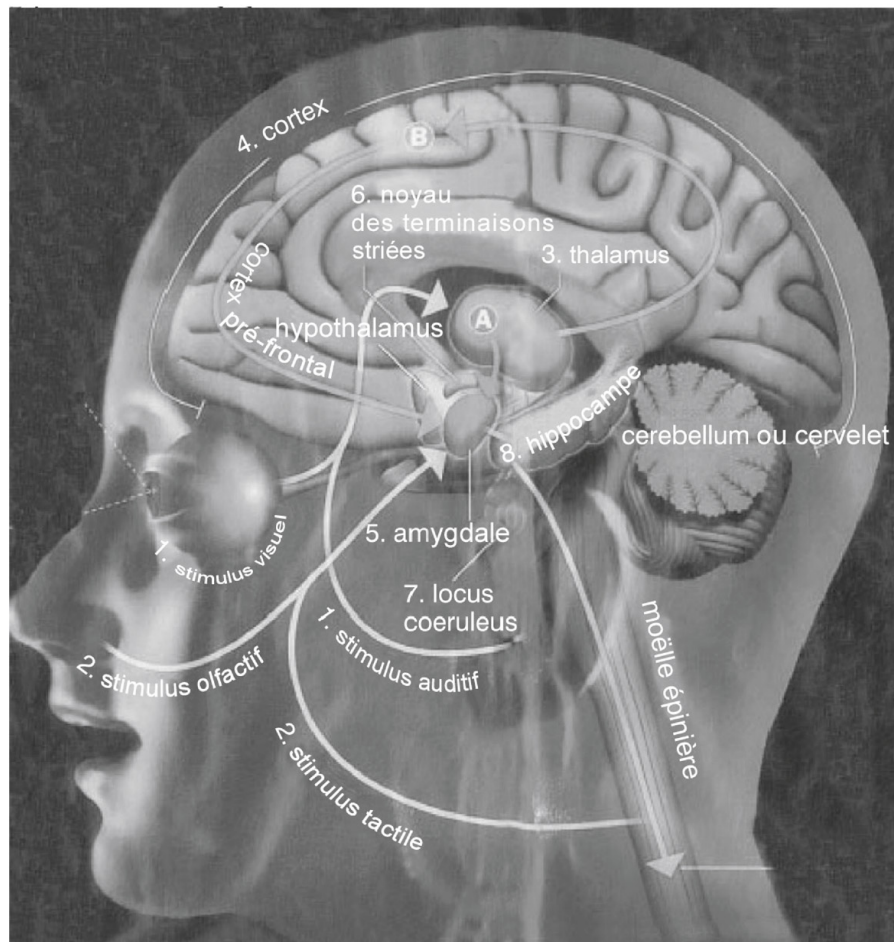
La panique, entendue comme réaction psychophysiologique, peut être définie comme la forme extrême de la peur. Il s'agit d'une réaction de nos sens à différentes sollicitations (dont des images mentales de type réaliste ou fantasmagorique, sollicitant l'organisme tout entier), depuis les régions les plus archaïques de notre cerveau jusqu'aux territoires les plus développés de notre esprit, depuis les aires les plus viscérales jusqu'aux zones les plus périphériques de notre corps. Les paramètres couramment utilisés pour mesurer l'activité de l'organisme – battements cardiaques, rythme respiratoire, transpiration, réflexe

psychogalvanique – s’emballent et atteignent des sommets... En général, c’est cette accélération rapide qui entraîne la sensation de perte de contrôle totale. À cette expérience, qui, comme une lame affûtée entame le sentiment de sécurité d’un sujet, s’associe immédiatement la peur de mourir ou de devenir fou ou bien encore d’être possédé par une force obscure pouvant le mener à agir en dehors de sa volonté. La combinaison entre les sensations concrètes proprioceptives et les attributions de sens avec interaction réciproque et circulaire conduit graduellement à la structuration du cercle vicieux de la peur pathologique. En d’autres termes, les sensations d’altération que la personne éprouve font naître des pensées et des convictions de type menaçant qui rétroagissent en véhiculant dans l’organisme des réactions d’alarme postérieures, augmentant davantage encore les altérations psycho-physiologiques, lesquelles alimenteront d’autres formes terrorisantes d’attributions de sens à ce qui est sur le point d’advenir. Une telle dynamique circulaire conduit au « court-circuit » mental et psycho-physiologique qu’est l’attaque de panique.

Outre les évocations ponctuelles des patients, qui décrivent avec une grande lucidité cette évolution de la peur à la panique, on dispose aujourd’hui, grâce aux études menées en laboratoire, d’observations pertinentes sur le processus d’interaction entre la pensée et les réactions physiologiques, et cela grâce aux mesures de l’activité cérébrale soumise à des impulsions de terreur.

Le schéma établi par Dennis S. Charney, chercheur au National Institute of Mental Health, un centre à l’avant-garde mondiale dans l’étude des phénomènes mentaux, décrit clairement ce qu’il advient lorsque se manifeste une peur intense.

Anatomie de la panique



Le déchaînement. Lorsque les sens perçoivent un danger – un bruit soudain, une image effrayante, une sensation désagréable – les informations peuvent prendre deux chemins différents, à travers le cerveau.

A. Le raccourci. Le cerveau active automatiquement un dispositif de secours, l'amygdale. Une fois activée, celle-ci envoie une sorte de bulletin d'alerte à toutes les autres structures cérébrales. Le résultat consiste en une réaction classique de peur : transpiration des mains, tachycardie, augmentation de la pression artérielle, décharge d'adrénaline. Tout cela se produit avant que l'esprit se rende compte d'avoir ressenti ou touché quelque chose. Avant même de savoir pourquoi nous avons peur, nous avons peur.

B. La route principale. Ce n'est qu'une fois la réponse activée que l'esprit conscient entre en fonction. Plutôt que de voyager directement vers l'amygdale, certaines informations sensorielles empruntent un chemin circulaire, en s'arrêtant d'abord au thalamus (le centre d'élaboration des symptômes sensoriels), puis au cortex (la couche extérieure des cellules cérébrales). Le cortex analyse les données brutes qui passent à travers les sens et décide s'il convient de leur apporter une réponse de peur. Si la réponse est positive, le cortex envoie un signal à l'amygdale, laquelle transmet un message d'alerte au corps.

1. Les stimulations auditives et visuelles, réelles ou imaginaires

Les images et les sons sont élaborés par le thalamus qui filtre les impulsions en entrée et les achemine immédiatement vers l'amygdale ou vers les zones appropriées du cortex.

2. Les stimulations olfactives et tactiles, réelles ou imaginaires

Les sensations olfactives et tactiles traversent le thalamus et se dirigent directement vers l'amygdale. Les odeurs peuvent évoquer des souvenirs ou des sensations plus fortes (comme des images et des sons).

3. Le thalamus

Il analyse les impulsions visuelles en entrée (forme et couleurs) et les impulsions auditives (volume et contraste), puis envoie un signal aux zones appropriées du cortex.

4. Le cortex

Il définit le sens naturel de la vision et de l'audition, en permettant au cerveau de devenir conscient de ce qui est vu et entendu. En agissant sur une zone particulière, le cortex préfrontal peut interrompre une réaction d'anxiété.

5. L'amygdale

Centre émotionnel du cerveau, l'amygdale exerce la fonction primaire de déclencheur de la réaction de peur. Les informations qui la traversent possèdent une signification émotionnelle.

6. Le noyau des terminaisons striées

Si l'amygdale déclenche une explosion immédiate de peur, le noyau fera perdurer une telle réaction, provoquant un malaise de longue durée typique de l'anxiété.

7. Locus coeruleus

Il reçoit les signaux depuis l'amygdale et est responsable de nombreuses manifestations typiques de l'anxiété : tachycardie, augmentation de la pression artérielle, transpiration, dilatation des pupilles.

8. L'hippocampe

C'est le centre de la mémoire, vital pour l'élaboration des informations en provenance des sens ; celles-ci sont chargées du bagage émotionnel collecté durant le parcours à travers l'amygdale.

...la réaction du corps...

En mettant le cerveau en alerte, l'amygdale déclenche une série de changements chimiques et hormonaux qui placent tout l'organisme en état d'alerte.

Augmentation de l'hormone du stress

En réponse aux signaux envoyés par l'hypothalamus et la glande pituitaire, les glandes surrénales sécrètent une grande quantité de cortisol. Une quantité trop importante de cortisol met en court-circuit les cellules de l'hippocampe, faisant ainsi échec à une bonne organisation de la mémoire du traumatisme ou de l'expérience stressante. Les souvenirs perdent leur cohérence et deviennent fragmentaires.

Augmentation du rythme cardiaque

Le système nerveux sympathique du corps, responsable du rythme cardiaque et de la respiration pulmonaire, déploie des efforts démesurés : le cœur bat plus vite, la pression artérielle augmente, les poumons se mettent en hyperventilation. La transpiration se modifie ; les terminaisons nerveuses de la peau entrent en action, provoquant ainsi la fameuse « chair de poule ».

Combattre ou fuir

Les sens deviennent hyperactifs et traquent de potentiels signaux de danger. L'adrénaline se décharge dans les muscles, préparant le corps à combattre ou à fuir.

Blocage de la digestion

Le cerveau cesse toute pensée agréable et se concentre exclusivement sur les dangers potentiels. Pour éviter toute activité et énergie dispersives, il interrompt le phénomène de la digestion et demande au corps de vider le conduit digestif, en provoquant un vomissement involontaire, une urination, une défécation.

Ces recherches – même si notre connaissance du système nerveux central et de ses fonctions très complexes reste encore limitée – montrent comment les centres dédiés aux réactions émotionnelles, le cerveau « archaïque et primitif » et le cerveau « moderne et évolué » (c'est-à-dire les centres assurant le raisonnement et les décisions logiques), interagissent activement pendant les réactions de panique. Les réactions psychophysiologiques d'alerte de l'organisme typiques de la panique se déclenchent, de manière autonome, avant l'activation des zones les plus évoluées du cerveau. On peut donc dire que la sensation de peur première est beaucoup plus rapide que toute forme de pensée ou d'élaboration mentale complexe. Grâce à l'enseignement des biologistes, on sait qu'une réaction immédiate se déclenche dès l'apparition du danger et que cette réaction est bien souvent là pour nous sauver la vie : en effet, l'absence d'un tel dispositif naturel pourrait être très dangereux – voire fatal – pour l'individu. Mais lorsque notre cerveau moderne et évolué confond ce dispositif sain et positif avec un dispositif dangereux (car il se déclenche hors de son contrôle), c'est là que la machine s'emballe et que se manifeste la panique. L'esprit se piège lui-même si bien qu'après les premières expériences de panique, l'organisme n'a plus besoin de stimulations extérieures pour déclencher cette chaîne d'événements psychophysiologiques : le cerveau agit seul, de manière autonome. Il peut alors suffire d'une simple image

mentale isolée pour provoquer des émotions et des réactions physiologiques qui conduiront à l'attaque de panique. En d'autres termes, nous dirons que l'esprit creuse lui-même le piège dans lequel il s'emprisonne et duquel il ne peut s'extraire : il est à la fois victime et acteur de la situation. Comme l'évoque Rawling : « Liés par les liens invisibles de nos peurs, nous sommes à la fois marionnettes et marionnettistes, victimes de nos attentes ».

Le piège mental

Il existe de nombreuses études visant à expliquer ce phénomène en apparence étrange mais dévastateur dans ses effets. Comme toujours, les chercheurs se partagent entre tenants du phénomène biologique et tenants du phénomène environnemental : on dira que certains voient dans la peur pathologique une inéluctable caractéristique héréditaire, reçue par le sujet comme une dotation biologique particulière, tandis que d'autres lient la peur pathologique à un contexte familial et social spécifique.

La plupart des caractéristiques humaines, comme l'intelligence ou la personnalité, sont analysées et expliquées de cette manière antithétique mais une fois encore, ces deux positions théoriques relèvent davantage de l'idéologie que de la science.

Ce qui apparaît évident cependant est que ce type de dérèglements (c'est-à-dire les attaques de panique) implique des dynamiques de type psychologique autant que des réactions biologiques et physiologiques, comme il advient dans toutes les interactions entre nous-mêmes et le monde qui nous entoure. Tenter de trouver une cause première à un processus interactif complexe constitue une forme d'égarement particulièrement réducteur et fort peu scientifique, même si l'on peut y lire le besoin (très humain) de trouver des explications définitives à

tout. De plus, il arrive souvent que la connaissance des causes d'un problème ne facilite nullement la mise en place d'une solution car cette dernière ne découle pas de l'étude des causes qui ont précédé mais de l'observation du problème, à partir de son fonctionnement (Nardone, 1993). On ne peut changer le passé, ni en termes biologiques, ni en termes psychologiques. Ces propos seront développés de manière circonstanciée dans les chapitres consacrés au traitement des différentes formes de panique. Enfin, on sait que les personnes souffrant d'attaques de panique ont peur de ce qui peut arriver et non pas de ce qui est arrivé : les phobies influencent les actions et les pensées du futur plutôt que celles du passé...

Une personne phobique recherche le contrôle ou l'évitement permanents de toutes les conditions pouvant entraîner une évolution de sa peur vers la panique et c'est justement cette tentative de contrôle qui, paradoxalement, conduit à la perte de contrôle. Dans cette volonté de contrôler ses propres réactions, le sujet concentre continuellement son attention sur l'examen et l'écoute des paramètres physiologiques indiquant une augmentation du niveau de l'anxiété (battements cardiaques, rythme respiratoire, sens de l'équilibre, lucidité, etc.) mais comme ces fonctions sont des manifestations spontanées de l'organisme, leur contrôle rationnel en altère l'expression naturelle. Le sujet perçoit alors cette altération et s'effraie : les paramètres physiologiques s'altèrent, la peur augmente, et, si ce cercle vicieux d'interaction dysfonctionnelle entre l'esprit et le corps n'est pas interrompu, on arrive à l'attaque de panique.

Pour rendre plus clair mon propos, j'invite le lecteur à réaliser une petite expérience : écouter attentivement ses battements cardiaques avec la volonté de les réguler. Après quelques dizaines de secondes, le rythme cardiaque, au lieu de se régulariser, s'altère, entraînant inmanquablement une légère mais immédiate sensation de peur. Autre exemple, en descendant un escalier, concentrons-nous sur le maintien

de notre équilibre, en faisant attention à la position de notre corps (ni trop en avant, ni trop en arrière) et en mettant un pied devant l'autre avec la plus grande vigilance : en procédant de cette manière, nous ressentirons, après quelques instants, comme un vertige et nous aurons le sentiment de perdre l'équilibre. Par ces simples exemples, tout un chacun peut constater qu'une tentative de contrôle volontaire des fonctions physiologiques ou des actions spontanées (par la répétition) conduit à des altérations menaçantes, lesquelles, à leur tour, peuvent faire naître la spirale de la peur.

Cette dynamique apparaît encore plus clairement lorsque l'on réalise un contre-essai expérimental : si, durant un épisode de panique, survient un événement extérieur, comme, par exemple, un accident entre deux voitures ou, plus simplement, l'arrivée d'une personne inattendue, la montée de la peur s'interrompt immédiatement.

En d'autres termes, on dira qu'un événement soudain, inattendu ou surprenant, retenant l'attention de l'individu, déplacera l'intérêt du sujet de lui-même et de ses propres réactions vers quelque chose d'extérieur, et brisera le cercle vicieux conduisant à l'attaque de panique. Comme nous le verrons, cette constatation fut, il y a plusieurs décennies, fondamentale pour la mise au point des premières formes de thérapies brèves visant à soulager les personnes souffrant de ce type de pathologies (Nardone, 1988). Quarante-deux patients, tous atteints de formes graves d'attaques de panique en relation avec une agoraphobie (incapacité de se trouver dans un lieu largement ouvert et de se mouvoir seul), furent guidés et amenés à dépasser leurs pathologies par un simple programme thérapeutique fondé sur une exposition progressive à des situations éprouvantes, affrontées grâce à des stratagèmes thérapeutiques déplaçant l'attention des sujets vers l'exécution d'actions rituelles particulières : le fameux « sillonner la mer à l'insu du Ciel » de l'antique *Livre chinois des stratagèmes*.

Depuis cette date, les cas étudiés, puis traités par moi-même et mes collaborateurs au Centre de Thérapie brève stratégique d'Arezzo, ont dépassé les quatre mille : des patients de tous les âges, issus de tous les milieux sociaux, venus de tous les pays...

Ce qui apparaît très clairement dans les propos des patients est que la peur pathologique se déclenche dès qu'ils concentrent leur attention sur l'écoute d'eux-mêmes et sur le contrôle de leurs propres fonctions et réactions. Ces personnes tombent inmanquablement dans le piège paradoxal du contrôle, lequel, en fait, entraîne la perte de contrôle : l'esprit ne peut contrôler son propre fonctionnement pendant qu'il fonctionne, comme on ne peut se regarder soi-même pendant que l'on regarde...

Preuve évidente de la nature de ce phénomène, l'effet positif d'une des stratégies thérapeutiques conçues pour traiter les symptômes des attaques de panique : le paradoxe d'amplifier la peur pour la limiter, c'est-à-dire l'effort mental volontaire réalisé par le sujet lui-même pour accroître, plutôt que réduire, les sensations qui provoquent la peur.

Le résultat d'une telle réaction paradoxale vis-à-vis de la peur est, en fait, l'annulation de la peur. Cette constatation peut sembler illogique au lecteur mais, comme nous l'expliquerons de manière plus détaillée dans les chapitres consacrés à la thérapie, l'utilisation volontaire d'une réaction paradoxale à l'instant où la panique se déclenche bloque immédiatement l'augmentation de la peur car celle-ci, comme nous l'avons décrit précédemment, est provoquée par la faillite même des tentatives de contrôle exercées par le sujet. On dira donc qu'un paradoxe est annulé par un autre paradoxe, volontaire. C'est exactement ce qu'Hippocrate décrivait avec la maxime *similia similibus curantur*, il y a deux mille cinq cents ans et ce que le *Livre chinois des stratagèmes* définit, métaphoriquement, comme « éteindre le feu en ajoutant du bois ».

Ce phénomène apparaît comme extrêmement clair dans son apparente absurdité car, comme l'esprit s'illusionne lui-même lorsqu'il déclenche le cercle vicieux des perceptions menaçantes et des réactions de peur qui en découlent, pouvant aller jusqu'à la panique, l'auto-leurre thérapeutique d'alimentation volontaire de ce que l'on souhaiterait spontanément réduire court-circuite le processus en cours par l'élimination totale des effets. Ce qui veut dire que, pour annuler un auto-leurre pathogène, il est nécessaire d'utiliser un auto-leurre thérapeutique amenant le premier à l'autodestruction, en l'exaspérant jusqu'au paroxysme. Naturellement, nous verrons qu'il n'est pas facile d'inciter un individu terrorisé par les attaques de panique à alimenter sa propre peur afin de la réduire mais il a été mis au point un programme thérapeutique spécifique, progressif et parfaitement encadré, que nous présenterons plus avant.

En ce qui concerne le sujet de ce chapitre, c'est-à-dire l'anatomie fonctionnelle des attaques de panique, il est essentiel de souligner qu'une solution qui fonctionne révèle en fait la structure du problème qu'elle a résolu. Et, si le même type de solution est appliqué à un grand nombre d'individus souffrant du même trouble et que, comme notre équipe de chercheurs et de thérapeutes a pu le constater, cette solution fonctionne depuis plusieurs décennies pour la majorité des cas traités, cela confirme, empiriquement et expérimentalement, la structure du problème affronté et résolu.

La méthode du « connaître un problème par sa solution » représente le fleuron de la recherche scientifique avancée car elle garantit rigueur et efficacité dans la mise au point de techniques visant à résoudre des problèmes particuliers. Et c'est bien cette méthode qui m'a guidé dès mes premières études consacrées aux peurs pathologiques et à leur traitement et qui m'a conduit, pendant plus

d'une décennie de travail méticuleux et acharné, à la définition de thérapies rapides et efficaces et à une connaissance approfondie du phénomène.

Le piège des réactions

Nous pouvons donc définir les attaques de panique comme une escalade paradoxale de la sensation de peur et de ses tentatives de contrôle, lesquelles, en interagissant avec la peur elle-même, finissent par piéger l'esprit, qui fabriquera lui-même les monstres qu'il craint.

Malheureusement, le problème ne se limite que très rarement à cette seule condition (déjà fort complexe et invalidante) car les personnes souffrant de peur pathologique, dans leurs tentatives d'en limiter les effets, mettent en place tout un éventail d'actions finissant par augmenter davantage encore le dérèglement et ses conséquences néfastes. L'observation empirique et l'expérience clinique montrent deux types de comportements venant compléter le cercle vicieux des perceptions et des réactions décrit précédemment : une forte tendance à éviter les situations liées aux attaques de panique et la recherche permanente d'aide et protection auprès de l'entourage. Comme nous pouvons aisément l'imaginer, au lieu de limiter la peur, ces deux types de gestion ne font que l'alimenter toujours davantage, aussi lourdement que les dynamiques précédemment décrites.

Si un individu associe la peur des attaques de panique à une situation directement vécue (ou qu'il considère comme potentiellement dangereuse), il est probable qu'il tentera sciemment de l'éviter. Mais le fait même d'éviter la situation redoutée confirme au sujet aussi bien la dangerosité de la situation que son incapacité à en affronter avec succès la réalité menaçante : pour le sujet, la « prochaine fois » sera

inévitablement pire... Il apparaît donc que chaque évitement fait le lit du suivant jusqu'à mettre en place toute une chaîne d'évitements conduisant l'individu à une totale incapacité à s'exposer à des situations qu'il imagine effrayantes. Ici aussi nous constatons l'adoption d'une stratégie rigide invalidante, qui provoque un double effet : tout d'abord, la stratégie semble mettre le sujet à l'abri de l'attaque de panique redoutée, puis elle lui procure le sentiment qu'il est incapable d'affronter la situation redoutée. Et ce deuxième effet, fuite après fuite, entraînera un manque de confiance généralisée du sujet vis-à-vis de ses propres ressources. Sur la base de cette mésestime de ses propres capacités, le sujet évitera toujours plus de s'exposer à des situations potentiellement risquées, le tout pouvant mener jusqu'à une inaction totale.

Nous sommes une fois encore confrontés à un cercle vicieux constitué de perceptions menaçantes, suivies de réactions d'échec dans la gestion de la peur, menant pour finir à la pathologie. Une réaction naturellement saine d'évitement du danger, si elle s'accompagne d'une distorsion de la perception produite par un contrôle incorrect de la peur, évolue souvent vers un cadre pathogène et pathologique de l'entendement et du comportement.

C'est bien la tentative rationnelle de contrôler et de gérer la peur qui finit par l'alimenter. En d'autres termes, nous dirons que la logique mène à l'illogisme.

Comme nous le verrons, les techniques thérapeutiques les plus rapides et les plus efficaces prévoient un parcours inverse : il faut partir de l'illogisme pour aller vers la logique (Da Costa 1989, Elster 1979-85, Vaihinger 1986).

La démonstration empirique nous est offerte par les études de Barlow (1990). Ce chercheur, considéré comme l'un des spécialistes majeurs des pathologies phobiques, a analysé toutes les études

relatives aux traitements proposés en la matière, puis a conclu que toutes les thérapies qui fonctionnaient présentaient un point commun intéressant : celui d'obliger les sujets souffrant d'attaques de panique à s'exposer volontairement à toutes les situations redoutées (et donc systématiquement évitées) et à affronter, toujours volontairement, leurs pires fantasmes phobiques pour apprendre à gérer leurs émotions.

Une fois encore, nous pouvons constater que ce qui fonctionne pour la solution d'un problème permet d'en comprendre efficacement le mécanisme.

Cependant, les chercheurs de tradition purement cognitive et comportementale, comme Barlow lui-même ou Marks (1978-1998), et qui représentent aujourd'hui encore des références absolues dans le domaine de l'étude des peurs et des paniques, s'attachent à une vision rigide de la peur pathologique, entendue comme un mal à affronter par des formes de thérapies de type purement rationnel et conscient. Mais comme nous l'avons vu précédemment, la peur se déclenche avant même que la volonté du sujet intervienne et, donc, de manière totalement indépendante. Ces spécialistes ont également tendance à sous-évaluer l'autre modèle pathogène fondamental mis en place par les sujets souffrant d'attaques de panique, en l'occurrence la demande d'aide, réitérée et permanente (pouvant parfois confiner à la dépendance totale) auprès de l'entourage, lequel devient alors la référence absolue de leur sécurité et de leur protection.

Un sujet ayant perdu toute confiance dans ses propres ressources pour affronter des situations qu'il juge critiques confie alors à son entourage la responsabilité de le protéger par une intervention rapide en cas d'attaque de panique ou bien par une simple présence rassurante pour en prévenir le déclenchement. Ainsi un individu sujet aux attaques de panique développera-t-il des liens affectifs maladifs et des relations amicales fondés sur la seule nécessité d'être protégé par

cet autrui rassurant (familier, ami, etc.), au fait de son trouble. Sa relation à autrui est donc pervertie, totalement dominée par la peur et le besoin de se sentir protégé. Le sujet, déléguant aux autres sa sécurité personnelle, renonce à se confronter à ses propres limites.

Si ce type de relation peut offrir une protection immédiate au sujet, elle le confirme également dans ses incapacités et son inadaptation. Constaté que la confiance en soi, en ses propres ressources, diminue toujours davantage ne fait qu'accroître le sentiment de peur, peur qui risque de se généraliser et de devenir la perception dominante de la réalité. Au fur et à mesure que ce type de perception augmente, la demande d'aide et de protection augmente proportionnellement et nourrit, comme nous l'avons vu, la peur de la solitude. Si elle n'est pas interrompue, cette spirale perverse d'interaction entre le sujet et son entourage protecteur conduira à une dépendance totale, à une incapacité à demeurer seul et à affronter les obstacles. Comme le dit Honoré de Balzac : « Le renoncement est un suicide quotidien ».

Si l'on parvient, au moyen de subtils stratagèmes thérapeutiques, à conduire le sujet hyper-dépendant à bloquer cette tendance, il pourra recouvrir rapidement ses propres capacités. En affrontant progressivement, en pleine autonomie, les situations qu'il juge critiques et jusqu'alors affrontées avec le concours et la protection d'autrui, le sujet comprendra rapidement qu'il possède des ressources insoupçonnées. Cette expérience, émotionnellement surprenante, comparable à une vague entraînant toute une chaîne d'événements progressifs de large portée et incoercibles, permettra le retour à l'autonomie.

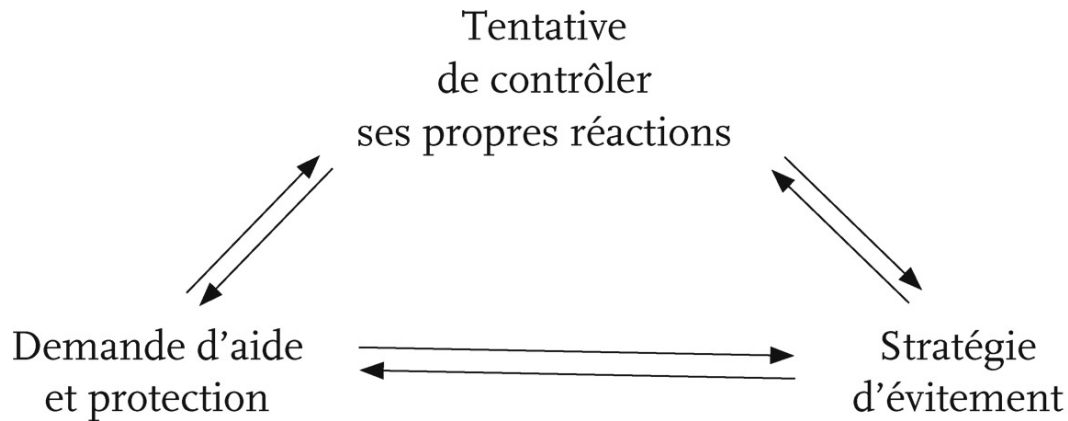
Il apparaît clairement que ce type de pathologies implique non seulement des mécanismes psychophysiologiques mais également des stratégies d'action personnelles et des tactiques d'interaction sociale. Ces pathologies ne peuvent donc pas être décrites comme des

phénomènes de laboratoire, constitués simplement de stimulations et de réponses. Elles ne peuvent pas non plus être décrites comme un pur phénomène comportemental et cognitif dans la mesure où leur déclenchement se produit à partir de perceptions et de réactions antérieures aux fonctions cognitives. Ces dernières peuvent juste constituer d'ultérieurs facteurs de complication si elles empruntent les directions décrites précédemment.

Une évaluation précise, fruit d'une longue recherche empirique expérimentale, attestée par les résultats de son application, prouve que la peur pathologique constitue un processus interactif complexe impliquant aussi bien la sphère relationnelle entre le sujet et lui-même que la relation entre le sujet, les autres et le monde. Ces trois dimensions sont liées à des modèles particuliers de tentatives dysfonctionnelles de contrôle de la peur entraînant non pas sa réduction mais bien son alimentation. L'interactivité de ces tentatives répétées de mise en place de solutions, immanquablement vouées à l'échec, dans les trois sphères de la vie du sujet, conduit à la formation du syndrome d'attaque de panique.

Comme notre étude rigoureuse de 152 cas, menée il y a maintenant plusieurs années (Nardone, 1993), l'a démontré, ce trouble naît du premier (et généralement infinitésimal) moment critique ayant transmis au sujet une sensation de perte de contrôle. Par la suite, les tentatives de contrôle de cette sensation se mettent en place automatiquement, avec pour effet non pas de réduire ces réactions premières mais de les augmenter.

*Modèle circulaire de la persistance
du syndrome de panique*



Sur cette base, la personne conçoit et met en place un modèle d'évitement et une tactique de demande d'aide directe ou indirecte. Ces stratégies, qui alimentent le sentiment d'insécurité du sujet vis-à-vis de ses propres ressources, renforcent plus qu'elles ne calment la perception des menaces. Si le sujet utilise pendant plusieurs mois ce modèle circulaire de perceptions et de réactions auto-validées, il parviendra à la construction du piège dont il ne pourra s'échapper avec ses seules forces.

Le trouble des attaques de panique se construit donc progressivement, à la suite d'une interaction prolongée entre différentes stratégies redondantes mises en acte pour combattre la peur, stratégies qui, paradoxalement, finissent par la rendre plus forte et plus envahissante. Cette constatation fait échec à la conviction populaire (mais également littéraire) que toute peur pathologique est la conséquence d'un grave traumatisme réellement vécu. Comme le dit Emil Cioran : « L'homme peureux construit d'abord ses peurs, puis s'installe dessus »...

À ce point de notre exposé, le lecteur est en droit de s'interroger : pourquoi l'individu est-il capable de créer un tel processus autodestructif ? Pourquoi, voyant que la situation ne s'améliore pas mais au contraire s'aggrave, n'interrompt-il pas ce processus ? En

d'autres termes, on pourrait dire que « se tromper est humain » mais « persévérer est diabolique » ; on pourrait aussi penser, avec une certaine naïveté, qu'il est stupide de persévérer dans l'élaboration d'un dispositif qui ne fonctionne pas...

C'est également le dilemme que la description purement physiologique et biologique de la panique ne parvient pas à résoudre. Après avoir identifié les canaux cérébraux du phénomène et leur processus séquentiel, les physio-biologistes ne parviennent pas à expliquer pourquoi l'esprit se laisse piéger par de fausses perceptions capables de déclencher une surenchère pouvant aller jusqu'à l'« avalanche », c'est-à-dire l'attaque de panique.

L'observateur naïf et les physio-biologistes purs et durs ne parviennent pas à comprendre les dynamiques d'auto-leurre de l'esprit humain et son aptitude à construire des réalités imaginaires capables de produire des effets concrets. Si l'on accepte cette perspective, qui comprend non seulement les séquences logiques ordinaires mais également les phénomènes paradoxaux et les dynamiques de logique extraordinaire, l'explication du « comment » le sujet se construit des pièges dont il ne peut s'échapper apparaît assez claire.

Lorsque le sujet ressent de la peur, ses réactions immédiates et naturelles sont la sauvegarde, la survie, la préservation : la fuite loin de la menace, la recherche de protection, la lutte contre ce qui l'épouvante. Ces réactions sont des stratégies efficaces contre la peur mais leur exaspération et leur généralisation sont des phénomènes pathogènes. En d'autres termes, une bonne chose se transforme, par surdosage, en une mauvaise. Le paradoxe logique – représenté par la peur pathologique, un phénomène en apparence inexplicable qui voit l'esprit se tromper lui-même – réside bien là. Et c'est ainsi que des réactions naturelles de régulation de l'émotion « peur » se

transforment, par la rigidité d'un modèle stratégique, en un dérèglement pouvant aller jusqu'à la perte de contrôle.

Nous dirons donc que ce qui pousse notre individu à généraliser ses stratégies de contrôle rationnel de ses propres réactions, d'évitement et de demande d'aide et protection réside dans le fait que, dans un premier temps, ces manœuvres fonctionnent très bien. Cependant, leur efficacité à court terme se transforme, par leur répétition exaspérée, en catastrophe programmée. Le sujet perçoit tout d'abord ces trois solutions comme efficaces, bénéfiques et sans danger. On notera aussi qu'une personne vivant en permanence dans la peur ne parvient que fort rarement à entrevoir des perspectives et à imaginer des stratégies à long terme. Elle combat *hic et nunc*, et son quotidien est entièrement dévolu à consolider les failles qui s'ouvrent, béantes, dans sa capacité de contrôle d'elle-même et du monde extérieur. Son optique est focalisée sur le court terme, et cette attitude l'empêche de prendre conscience que ses stratégies pour combattre la peur, généralisées et se constituant en modèle perceptif et réactif, se transforment en aliment et non plus en réducteur de sa perception phobique.

La réponse aux deux questions posées précédemment est donc que l'esprit, réagissant rapidement à la peur, tend à utiliser ce qui a pu fonctionner comme réducteur, dans le passé. Malheureusement, de telles réactions immédiates, en raison justement de leur efficacité momentanée, tendent à se transformer rapidement en modèles de réponse rigides. Comme nous l'avons déjà évoqué, la répétition prolongée de tels schémas de perceptions et de réactions conduit au piège paradoxal de la panique : la tentative exaspérée de contrôle fait perdre le contrôle.

En d'autres termes, les personnes souffrant d'attaques de panique sont victimes du succès apparent de leurs stratégies pour combattre la peur. Il ne s'agit nullement d'individus stupides incapables de comprendre qu'ils creusent le trou dans lequel ils vont tomber mais d'individus tombant dans le piège de leur intelligence.

Ce n'est d'ailleurs pas par hasard que la majorité des personnes souffrant de phobies et d'attaques de panique sont généralement très intelligentes et très sensibles, le plus souvent brillantes dans leur vie personnelle et professionnelle, sauf, naturellement, dans les moments de crise.

Et c'est bien parce qu'elles sont particulièrement douées et capables que ces personnes sont difficiles à traiter et à soigner : en effet, plus un individu est intelligent moins il sera disposé à changer ses stratégies d'action, même lorsque celles-ci seront devenues particulièrement contre-productives. Ces personnes ont souvent beaucoup de mal à se laisser guider par d'autres et tentent de gérer elles-mêmes la situation, ce qui a généralement pour effet d'augmenter la résistance au changement. C'est pour cette raison qu'une thérapie réellement rapide et efficace de lutte contre les troubles de la panique prévoit, au cours des premières phases, de contourner la résistance au changement, typique du cercle vicieux émotionnel, mental et comportemental particulièrement complexe qui soutient et alimente le problème.

Pour conclure ce chapitre consacré à la description de la genèse du fonctionnement du trouble appelé attaque de panique, il est important de poser ici une dernière observation, en apparence peut-être aussi surprenante que d'autres affirmations exposées dans les pages précédentes : l'attaque de panique, entendue comme pur phénomène physiologique, n'existe pas. En d'autres termes, elle n'est pas une réalité indépendante d'autres réalités mais elle existe en relation avec

d'autres données de l'expérience humaine. Le processus décrit jusqu'à maintenant, conduisant à la formation et à la persistance du trouble, demande, pour se déclencher, que le sujet perçoive une première alarme capable de déclencher toute la séquence de ses tentatives de solutions dysfonctionnelles. Cette première expérience, comme les suivantes, produites par l'interaction entre l'échec des tentatives de solution et l'alourdissement du problème, est toujours le fruit d'une dynamique interactive entre sujet et réalité extérieure et intérieure. L'attaque de panique est donc avant tout un phénomène perceptif, qui déclenche une chaîne d'événements interactifs entre les perceptions et les réactions appliquées par le sujet pour se défendre contre le danger. Le produit final de cette expérience en spirale est une réalité virtuelle qui produit toutefois des effets bien réels, un monstre épouvantable construit, puis subi, un mal imaginaire qui, dans ses effets, est plus concret que des maux réels, concrets et tangibles.

L'attaque de panique n'est donc pas un trouble spécifique, fruit d'une pathologie particulière, mais plutôt l'expression symptomatique extrême de toute une série de pathologies diverses. Comme nous le verrons dans le prochain chapitre, les attaques de panique peuvent être provoquées par une seule phobie ou bien par une pathologie phobique généralisée, par une obsession comme par une paranoïa, par une fixation hypocondriaque comme par une crise dépressive. Cette liste est loin d'être exhaustive car le diagnostic définitif des attaques de panique n'existe pas, même dans les manuels officiels des troubles mentaux (D.S.M.), ce type de troubles étant immanquablement lié à d'autres pathologies, certaines sans relations aucunes avec les phobies. Toutefois, le terme « attaque de panique » est devenu tellement populaire que l'on désigne systématiquement (ou presque) sous cette étiquette de diagnostic générique toute une série de troubles différents et que le profane désigne aussi ces moments de crise sous cette même appellation. Et il en va de même pour l'Organisation

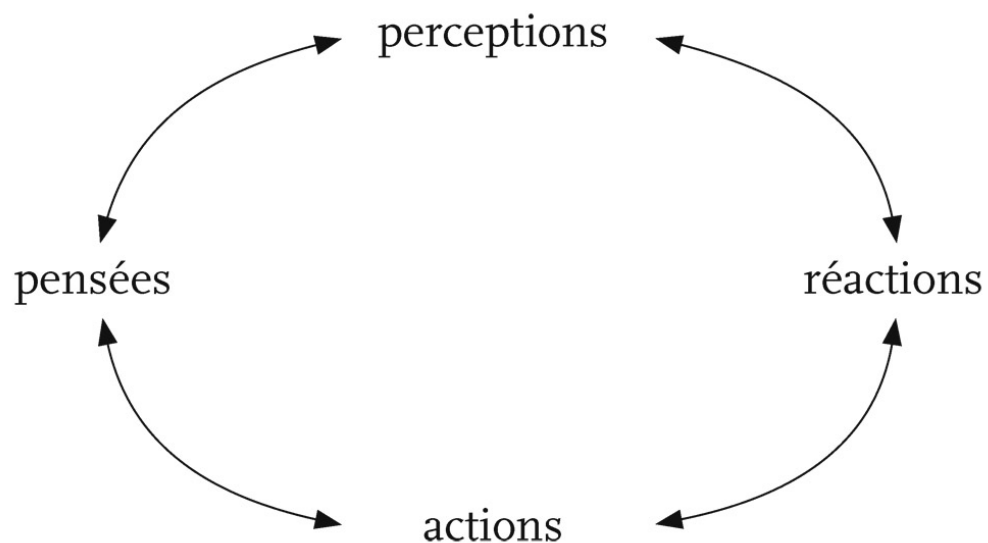
mondiale de la Santé, laquelle a défini les attaques de panique la pathologie humaine la plus fréquente sur la face de la Terre, affectant (ou ayant affecté) environ 20 pour cent de la population mondiale. Ce diagnostic est donc un paradoxe puisqu'il fait référence à cette pathologie comme si elle constituait un trouble en soi, strictement défini, naissant, se développant et persistant indépendamment d'autres réalités. Au contraire, les attaques de panique sont le résultat d'une chaîne interactive d'événements reliés et interdépendants. Une telle évaluation, naïve et superficielle, complique tout diagnostic objectif et constitue une croyance dangereuse pour son traitement.

En effet, si j'adopte cette perspective réductive, je peux penser soigner mon trouble au moyen de sédatifs symptomatiques (en prise ponctuelle) ; en revanche, si je considère la complexité de mon trouble, je devrai envisager de suivre un traitement impliquant des changements à apporter à ma façon de percevoir et de gérer la réalité, aussi bien du point de vue personnel qu'interpersonnel. Ce n'est pas le hasard si le terme « attaque de panique » a fait son apparition dans le vocabulaire psychiatrique après qu'un célèbre (et puissant) laboratoire pharmaceutique eut mis au point un médicament défini comme « anti-panique », devenu rapidement l'un des best-sellers de la pharmacopée mondiale.

Ainsi, malheureusement, le premier traitement contre les troubles anxieux comporte-t-il souvent la prise d'un médicament devant lutter contre les phénomènes de réactivité symptomatique. Comme le montrent les recherches sur l'efficacité thérapeutique (Marks 1998, Barlow 1990, Nardone 1993, Rovetto 1995, Hubble, Duncan, Miller 1999), la prise d'un sédatif, sans accompagnement psychologique adapté, n'est efficace que brièvement avant de perdre tout pouvoir thérapeutique. Le plus souvent, l'utilisation de produits pharmaceutiques contre l'anxiété se transforme, à son tour, en

tentative de solution qui alimente le trouble plus qu'elle ne le combat car elle habitue le sujet à déléguer au sédatif ses propres capacités de résistance aux réactions anxieuses. En effet, la peur se combat et se dépasse à la première personne, et de cette seule manière. Nul ne peut affronter à notre place les peurs que nous ressentons, pas même un produit pharmaceutique.

La répétition dans le temps de ce type de procurations fonctionne de la même manière que la dynamique des demandes d'aide et protection réitérées par le sujet auprès d'autrui, le tout activant un phénomène de défiance de l'individu vis-à-vis de ses propres ressources personnelles. Nous pouvons donc constater une fois encore que ce qui semble fonctionner dans un premier temps se révèle dans un second contre-productif, voire un accélérateur du trouble. Il est capital de garder à l'esprit que le trouble anxieux doit être considéré comme un phénomène effet d'une séquence interactive entre des perceptions et des réactions physiologiques et mentales, suivie par l'adoption de modèles d'actions et de réflexions. Une fois constitué le cercle vicieux d'interdépendance réciproque entre ces facteurs, chacun de ceux-ci devient cause et effet de l'escalade de la panique.



Ce graphique, comme le précédent, offre la représentation visuelle de la dynamique circulaire et réverbérante entre les facteurs psychologiques et physiologiques de la peur. Ce qui conduit cette dernière à se transformer d'émotion saine en pathologie n'est pas une réaction isolée mais la répétition redondante d'un modèle de tentatives de solution, efficaces dans un premier temps, invalidantes dans un second.

CHAPITRE 2

L'esprit en lutte contre lui-même : les différentes formes de la panique

« Nous vivons dans la peur et c'est ainsi que nous ne vivons pas ».

Siddharta Gautama

« Celui qui y succombe, jamais ne se retrouvera ;
et il passera de trahison en trahison vis-à-vis de lui-même
jusqu'à étouffer la mort par la peur de la mort ».

Emil Cioran, *Ecartèlement* (1979)

Caractéristiques générales de la peur pathologique

Après avoir analysé l'anatomie et la dynamique de la peur se transformant en panique, nous devons, afin de bien comprendre le phénomène, nous attacher à décrire ses différentes formes

d'expression. Nous décrivons donc tous les types de troubles conduisant à une réaction de panique ou se fondant sur la panique.

Si l'on considère cette pathologie comme une dynamique interactive¹ entre le sujet et la réalité, on peut répartir les différentes formes du trouble phobique en deux grandes catégories :

- — les pathologies qui s'expriment par les attaques de panique ;
- — les pathologies constituées par l'action (ou l'inaction) de l'individu visant à éviter les attaques de panique.

Dans le premier cas, le sujet est fréquemment confronté à la perte de contrôle et à la réaction de panique ; celle-ci survient en des circonstances déterminées (ou prévisibles) ou bien de façon parfaitement soudaine. Dans le second cas, le sujet n'a jamais expérimenté l'attaque de panique mais se défend continuellement contre une menace, en mettant en scène des scénarios (avec pensées et actions) tout aussi pathologiques et handicapants.

Exemples : à la première catégorie appartiennent les personnes qui, éprouvant une sensation de rythme cardiaque accéléré, tentent de la contrôler mais, n'y parvenant pas, se laissent submerger par la peur ; parvenues au stade de l'épouvante, elles font une attaque de panique et se précipitent au service des urgences d'un hôpital... À la seconde catégorie appartiennent les individus qui, pour éviter de tomber dans le piège de la peur, font en sorte de ne jamais être seuls ou de ne jamais s'éloigner des lieux qu'ils considèrent comme sûrs pour eux ; ils s'enferment donc dans une cage protectrice...

Dans le premier exemple, nous pouvons constater que ce qui handicape la personne est l'attaque de panique proprement dite ; dans le second exemple, c'est la stratégie d'évitement adoptée qui est handicapante.

À la lumière de la description des formes les plus fréquentes de troubles phobiques et obsessionnels, nous verrons que la première situation n'est pas préférable à la seconde, et vice-versa. On remarquera également que, fréquemment, ces deux situations présentent une relation complémentaire (ou d'enchaînement) : dans la phase initiale de développement de sa pathologie, le sujet passe par des épisodes critiques (panique aiguë), puis par une alternance des deux situations décrites avant de s'enfermer dans la seconde.

En d'autres termes, on peut dire que les vétérans de la peur pathologique sont, dans la majorité des cas, ceux qui, pour éviter les crises de panique, finissent par se construire une cage synonyme d'un terrible enfermement. En revanche, les sujets éprouvant depuis peu les affres de la peur, luttent, se débattent et tombent dans des attaques de panique avérées.

On observe donc que la pathologie, par sa persistance prolongée, conduit l'individu à « s'adapter » à la situation par des renoncements et des limitations visant à le protéger contre d'éventuelles crises de panique. Il s'agit-là de l'handicapante *peur de la peur*.

Avant de passer à la description approfondie des formes les plus fréquentes de peur pathologique, nous ajouterons que ce trouble est profondément « démocratique » : il touche en effet, sans distinction aucune, des hommes comme des femmes, des personnes de tous âges, de toutes catégories sociales et de n'importe quel niveau intellectuel... Mais, et nous le verrons plus avant, la mutation des sociétés, l'évolution des mœurs et des habitudes sociales ont transformé les typologies du trouble phobique. Exemple : si la zoophobie se concentrait essentiellement, dans la seconde moitié du xx^e siècle, sur les serpents, aujourd'hui, la peur la plus répandue et

partagée est celle des pigeons. Cette constatation n'est surprenante qu'en apparence : en effet, la plupart des Occidentaux a peu de chance de croiser la route d'un serpent tandis que la présence des pigeons dans les villes est devenue « naturelle » et quotidienne...

Enfin, nous pouvons dire que la peur pathologique est la pathologie la plus « créative » de toutes : on peut être affecté d'une peur handicapante provoquée par n'importe quoi. La gamme est infinie et le nombre et la variété de ces peurs sont illimités. Il n'est pas nécessaire d'être confronté à une situation ou à un phénomène dangereux pour développer une phobie : toute circonstance, tout objet animé ou inanimé peut devenir le réceptacle d'une fixation phobique menant à la panique.

Au cours des deux décennies que j'ai consacrées à l'étude et au traitement des troubles phobiques et obsessionnels, j'ai eu la possibilité d'analyser des formes de phobie tellement variées et originales que j'en suis venu à la conclusion que même l'imagination la plus féconde ne peut rivaliser avec les faits. Exemples : un patient présentait la phobie des coins et, afin de ne pas être submergé par la panique en les voyant, il portait en permanence des lunettes équipées de verres déformants lui permettant de ne voir la réalité qu'en lignes courbes... Un autre avait la phobie du vent tant et si bien qu'il ne supportait pas le moindre courant d'air provoqué par une fenêtre entr'ouverte. Il vivait (sans jamais sortir) dans un appartement aux ouvertures hermétiquement closes. J'ai également rencontré un médecin affecté de la peur panique d'une éventuelle contagion par le « regard » avec un patient atteint d'un cancer. Il évitait donc de croiser le regard de ces madades ou, en cas de regard « malheureux », mettait en place un rituel de « décontamination » passant par le croisement d'un regard avec des personnes saines. J'ai aussi connu une femme qui dérobait tous les

bouchons de bouteille passant à sa portée et les disposait autour de sa maison comme protection contre d'éventuelles substances toxiques. Sans oublier cet homme qui craignait d'avoir commis, en état de raptus inconscient, des meurtres et des viols de petites filles et qui demandait à être toujours surveillé ou qui se rendait fréquemment à la police pour dénoncer ses crimes afin de recevoir confirmation de son innocence.

Tous ces cas nous prouvent que notre esprit est capable de construire une peur pathologique sur la base de n'importe quelle réalité et de fabriquer, sur la base de cette « réalité inventée », tout le matériel (les « effets concrets ») pour déclencher une attaque de panique ou mettre en place des stratégies et des rituels douloureux et handicapants à l'extrême afin d'éviter l'attaque de panique.

Les peurs pathologiques modernes

Un grand nombre de chercheurs se sont penchés au cours des dernières décennies sur les différents types de troubles pouvant mener à la panique et nous disposons donc d'un grand nombre de classifications diagnostiques ; cependant, on notera que toutes ces classifications reflètent l'angle de vision théorique adopté par son chercheur. Souvent, il semble que confirmer ses propres hypothèses soit plus important que comprendre le problème en profondeur. Même la « bible » des diagnostics psychiatriques (DSM), qui se présente comme le produit le plus pur de l'observation clinique, offre une analyse critique fortement idéologique. En une quinzaine d'années, sa définition de la panique malade est passée d'« effet d'une névrose phobique » à « trouble anxieux », avec un glissement certain d'une perspective psychologique vers une perspective

biologiste. Cette mutation est survenue au cours d'une décennie qui a vu « exploser » l'attrait pour la psychiatrie biologiste, le tout, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, sans aucune preuve scientifique confirmée. Pour ma part, je fais ici le choix de me tenir éloigné des discussions théoriques (et polémiques), lesquelles nécessiteraient d'ailleurs la rédaction d'un copieux ouvrage, et de présenter au lecteur une proposition de classification des formes réputées les plus fréquentes de ces troubles et d'en décrire le fonctionnement. Cela signifie donc que, contrairement à ce que j'ai pu écrire précédemment sur le sujet (Nardone, 1993, 2000), j'éviterai de faire référence aux critères traditionnels de diagnostic psychiatrique pour décrire en revanche la manière dont certaines formes de peur pathologique fonctionnent, ce que m'empêcherait de faire la référence aux définitions rigides arrêtées par le DSM. Le DSM se fonde en effet sur l'étude statistique des indicateurs les plus voyants, lesquels, additionnés, sont censés permettre un diagnostic correct au moyen de l'utilisation réductrice de la seule observation et du seul relevé statistique. Comme je l'ai déjà évoqué, ma démarche se fonde sur des stratégies pratiques appliquées aux problèmes rencontrés par mes patients et sur mon choix : comprendre un trouble à travers sa solution.

Une fois rappelé cet aspect méthodologique, il est important d'évoquer le fait que, dans ma description des différentes typologies modernes de réactions de panique et de troubles fondés sur la peur, j'ai choisi de me concentrer plutôt sur leur fréquence que sur leur intensité. Je fais ce choix pour bien faire comprendre au lecteur combien ce type de troubles est répandu et également pour que les personnes qui en sont affligées ne se sentent plus abandonnées ou encore seules face à ce trouble, en apparence absurde. Comme nous le verrons plus en détail, il convient également de dire qu'il

n'existe pas de forme de peur pathologique définissable comme la pire ou la plus douloureuse, puisque n'importe quel type de peur peut engendrer un trouble durable et se transformer en un grave syndrome phobique.

La classification présentée dans ces pages est documentée par les écrits relatifs aux troubles anxieux et à la panique pathologique ainsi que par le relevé empirique effectué par notre Centre de Thérapie stratégique d'Arezzo, lequel a observé au cours des dernières décennies plus de 4000 cas. Cette observation sur la durée a notamment permis d'étudier l'évolution des différentes formes de panique qui, comme nous le verrons plus avant, se fondent principalement depuis quelques années non plus tant sur la peur « naturelle » de mourir mais sur la peur de perdre le contrôle de soi, de ses propres fonctions vitales ou des événements. Il semblerait que la crainte contemporaine la plus répandue se focalise sur le contrôle personnel (ou celui des circonstances) plutôt que sur la peur naturelle d'une mort certaine. Mais rien d'étonnant à cela car, comme nous l'avons vu, la panique est une réaction d'alarme exacerbée mise en place pour contrer une peur présente, immédiate, plutôt qu'une peur liée à la condition intrinsèque de l'être humain. En d'autres termes, on peut dire que c'est la sensation de perte de contrôle qui constitue la première sonnette d'alarme même lorsque la peur de mourir constitue la cause du trouble. Par ailleurs, dans la majorité des cas, les personnes savent parfaitement que l'on ne meurt pas de panique mais vivent dans la terreur des sensations bouleversantes et incontrôlables que cette dernière déclenche.

Les différentes formes de panique : classification des peurs pathologiques

La peur de perdre le contrôle

La forme la plus fréquente du syndrome de panique est représentée par la peur de perdre le contrôle de soi et des fonctions naturelles de son organisme : devenir écarlate et transpirer abondamment en public ; rester court face à un interlocuteur ou un auditoire ; ne pas parvenir à contrôler ses intestins et déféquer devant d'autres personnes ; souffrir de météorisme en public ; être victime d'un raptus et ne pas pouvoir l'assumer publiquement ; commettre des actes déplacés et tomber dans la folie ; perdre sa lucidité et devenir fou ; perdre le contrôle de son véhicule et provoquer un accident de la route ; etc.

Comme le lecteur l'aura noté, cette forme de peur peut assumer des expressions très variées mais toutes fondées sur le fait que le sujet craint la perte du contrôle (partiel ou total) de ses fonctions naturelles. Parfois, ce trouble survient après un épisode à risque vécu par le sujet, épisode qui a ouvert la voie à la panique. Mais dans la majorité des cas, la construction progressive du trouble, jusqu'au premier épisode de panique, est le fruit d'un simple doute quant à la possibilité de perdre le contrôle dans des situations particulières. La chaîne des réactions pathogènes (décrites dans le chapitre précédent) se met alors en place et le piège de l'« excès de contrôle faisant perdre le contrôle » se referme. Les sujets deviennent ainsi des marionnettes cassées, aux yeux tournés vers l'intérieur, constamment occupées à garder sous contrôle toutes leurs fonctions naturelles, lesquelles s'altèrent justement par l'effet paradoxal de la tentative de contrôle rationnel de ce qui fonctionne

naturellement et spontanément. Comme le serpent qui se mord la queue jusqu'à dévorer tout son corps... Les meilleures intentions produisent les pires effets.

Ce type de trouble tend fréquemment à se généraliser jusqu'à l'apparition d'une peur pathologique invalidante, conduisant les sujets à vivre dans la terreur d'un éventuel épisode de panique. En découle une tendance à l'évitement des situations menaçantes dès que se présente le symptôme incoercible associé à l'exposition aux circonstances redoutées.

Cette escalade de la panique peut se déclencher aussi bien à partir d'une « simple » peur de rougir en public comme à partir de la hantise, évidemment plus menaçante, de devenir fou ou de commettre des actes graves. Ce qui transforme une forme de peur en phobie provocatrice de panique n'est pas son contenu sémantique (ou sa signification effective) mais bien l'escalade des tentatives (réitérées et infructueuses) de solutions aggravant la situation. En d'autres termes, nous dirons que ce n'est pas la peur en soi qui compte mais les interactions que le sujet établit avec elle. La différence entre une personne confrontée à la peur et capable de la dépasser et une personne piégée par sa peur réside dans l'interaction entre la peur et les réactions que cette peur provoque. Ce n'est pas le type de peur en soi qui détermine la panique mais la perception et la réaction du sujet.

Craindre de déféquer en public et d'en être terriblement humilié apparaît comme une réaction plutôt raisonnable mais ne constitue pas une phobie en soi. Mais éviter toutes les situations où la chose pourrait se produire signifie donner force de réalité à une hypothèse relativement improbable.

Si l'on ajoute à cela une écoute de soi permanente et une vigilance « intestinale » de tous les instants, on finira bien par

trouver ce que l'on cherche, c'est-à-dire les sensations d'une possible perte de contrôle. Cet ensemble d'éléments conduit à la construction de la phobie.

Dans toutes les phobies de perte de contrôle, l'effet final est que le sujet parvient à la somatisation de ce qu'il redoute. Dans l'exemple qui nous occupe, on constate que les personnes ayant la phobie de déféquer en public souffrent généralement d'irritation aiguë du colon et ressentent le besoin d'aller à la selle plusieurs fois par jour. D'ailleurs, tout le monde sait que les états anxieux produisent des somatisations. La menace prophétisée s'auto-réalise et cela conduit, naturellement, à une exaspération du trouble et au désespoir du sujet, lequel, dans le cas présent, sera préoccupé par le besoin permanent de trouver des lieux d'aisance accessible.

Au-delà de l'aspect en apparence grotesque de la situation, tout le monde reconnaîtra aisément combien peut se révéler dramatique la vie d'une personne souffrant de ce trouble. Et il en va de même pour tous les sujets animés par la peur de perdre le contrôle, si celle-ci se radicalise. À ce stade de notre exposé, nous pouvons nous poser la question légitime des raisons pour lesquelles certaines personnes se laissent entraîner dans de telles formes (en apparence absurdes) de peur pathologique. La première explication réside probablement dans le fait que la principale et la plus trompeuse des illusions de masse de nos sociétés modernes est de croire que nous pouvons tout contrôler et tout gérer grâce à nos connaissances scientifiques et techniques. Cette conviction illusoire conduit à l'application d'une rationalisation rigide de tous les phénomènes, y compris ceux qui se cachent insidieusement dans notre propre corps et dans notre esprit.

Pourtant cette illusion fait violemment naufrage lorsqu'elle est appliquée à des phénomènes complexes fonctionnant sur la base de

logiques extraordinaires, souvent paradoxales ou caractérisées par un effet d'auto-leurre, comme dans le cas de la peur. Comme nous l'avons déjà évoqué, le naufrage de l'illusion conduit au dysfonctionnement et à la construction d'un syndrome d'attaque de panique.

La peur de voyager en avion

Dans la classification des formes modernes des troubles phobiques, la mono-phobie la plus fréquente est liée à l'évolution des temps : en effet, il y a quelques décennies, elle n'existait quasiment pas. La peur de prendre l'avion s'est manifestée au moment où se sont démocratisés les vols aériens vers toutes les destinations du globe. On est en droit de penser que cette peur phobique est plus réaliste (voire raisonnable) que celles précédemment décrites dans la mesure où elle se fonde sur une relation de l'homme avec l'espace qui n'est pas naturelle. S'ajoutent fréquemment à cette phobie des formes d'acrophobie (ou peur de l'altitude), laquelle se place très bien dans le « top ten » des situations génératrices de panique. Pour être complet, nous devons également évoquer un autre paramètre, celui relatif à la possibilité de subir, lors d'un vol aérien, un problème technique grave ou un attentat : ce type de menace permanente est en effet bien présente dans l'imaginaire collectif, en association avec les voyages en avion. Les statistiques relatives aux accidents aériens démontrant qu'il est beaucoup plus sûr de voyager en avion que de prendre sa voiture constituent une bien piètre consolation, une considération bien peu rassurante pour qui craint de prendre l'avion. Comme me le racontait l'un de mes patients, au demeurant fort sympathique, ce n'est pas le nombre de morts qui épouvante – comme évoqué, l'avion est un

moyen de transport beaucoup plus sûr que la voiture – mais le pourcentage de blessés, lequel, pour les accidents aériens, est plus ou moins égal à zéro... En effet, si lors d'un accident de la route il est plus probable d'être blessé que de mourir, dans le cas des voyages aériens il est plus certain de mourir que d'être blessé.

Enfin, l'avion constituant un lieu exigu et hermétiquement clos, il est impossible d'en sortir librement, ce qui peut entraîner une sensation désagréable d'enfermement.

Cette caractéristique provoque chez les personnes sensibles une autre forme de peur : la claustrophobie, c'est-à-dire la peur de rester enfermé dans des espaces exigus dont il est impossible de sortir librement.

On comprendra donc aisément pourquoi la peur de voyager en avion constitue la plus fréquente des mono-phobies : cette expérience concentre naturellement quatre facteurs hautement menaçants.

On notera cependant que cette peur de type « mono » constitue souvent une perception phobique isolée, conduisant très rarement à une forme généralisée de trouble anxieux. En d'autres termes, contrairement à l'exemple présenté dans le paragraphe précédent, la peur de prendre l'avion constitue un handicap isolé, qui n'affecte que très rarement d'autres aires de l'existence quotidienne du sujet. Le handicap reste donc mesuré puisque l'on peut vivre parfaitement heureux et serein sans jamais voyager en avion...

Enfin, évoquons le fait que soigner la panique aérienne demeure beaucoup plus facile que traiter des formes généralisées de trouble phobique.

L'acrophobie : la peur de l'altitude

Tout le monde connaît ces photographies d'ouvriers du bâtiment construisant les gratte-ciels de New York (ou d'autres grandes métropoles), où l'on voit des hommes se déplaçant librement et sereinement sur des poutrelles suspendues à plusieurs centaines de mètres de hauteur. En regardant ces images, une personne souffrant d'acrophobie développe immédiatement une peur incoercible, tant et si bien qu'elle se sent obligée de détourner la tête pour ne pas se trouver mal. Comme pour toutes les phobies, la peur de l'altitude généralisée en syndrome de panique n'a pas besoin, pour se nourrir, d'une expérience directe (se retrouver au bord d'un précipice, au sommet d'une tour ou sur un pont de fortune au-dessus d'un cours d'eau) : un syndrome de panique liée à la peur de l'altitude peut se déclencher à la simple vue d'une photographie ou d'une image de film... Cela nous fait bien comprendre à quel point notre cerveau peut nous piéger une fois confronté, non pas à des expériences directes et réelles, mais à de simples situations virtuelles. La peur d'une expérience concrète peut se transformer en phobie par le simple fait d'imaginer une telle réalité.

L'acrophobie est la plus fréquente des peurs situationnelles et peut se manifester sous la forme d'une mono-phobie ou bien associée à d'autres manifestations phobiques parallèles, comme, par exemple, l'agoraphobie (qui est la peur des espaces ouverts ou des lieux éloignés des zones définies comme sûres par le sujet). En général, ce type de trouble amène les personnes qui en souffrent à limiter leurs déplacements et leurs activités pour éviter d'être confrontées au vide ou aux espaces ouverts. Ainsi peuvent-elles, par exemple, être incapables de monter au deuxième étage d'un

immeuble, d'emprunter un pont suspendu (à pied comme en voiture) ou encore de regarder un paysage d'en haut.

Sur la base du témoignage des patients, on constate que l'une des caractéristiques les plus étranges de ce type de trouble est que la peur ne se manifeste pas uniquement comme une réaction au vertige et à une possibilité de chute dans le vide mais également sous la forme d'une attraction pour le vide (à la suite d'un raptus et d'une perversion de la volonté).

Cette seconde forme d'acrophobie est toujours plus fréquente et, comme le lecteur l'aura compris, elle est intimement liée à la peur de perdre le contrôle et d'agir contre sa propre volonté (comme, par exemple, se jeter dans le vide). Ce type de trouble est encore plus douloureux et handicapant que la « simple » peur fondée sur la sensation de vertige : en effet, on peut aisément éviter d'être confronté au vide même si cela limite nos déplacements et notre liberté ; en revanche, les personnes redoutant d'être attirées par le vide vivent dans la terreur d'être happées par le désir de se jeter dans le vide et de rechercher, dans une sorte de transe, le « meilleur endroit » pour exécuter leur saut de l'ange... Ces sujets doivent donc éviter toute exposition à l'altitude et se déplacer uniquement accompagnés (pour être retenus en cas de raptus).

Ici encore, on peut constater qu'une forme de peur atavique et naturelle – celle de tomber dans le vide – s'est transformée en phobie.

Il convient de garder à l'esprit que l'on doit à l'évolution de nos sociétés et à la transformation de nos lieux de vie la formation des conditions propres à l'apparition de ces nouvelles phobies environnementales et situationnelles. Jusqu'au début du xx^e siècle, bien peu d'êtres humains étaient confrontés à l'altitude – un

patrimoine exclusivement réservé aux montagnards – tandis qu’aujourd’hui, beaucoup de personnes vivent dans des métropoles où l’on trouve des immeubles très hauts, des ponts urbains, des coursives surélevées, des ascenseurs entièrement vitrés, etc. D’autre part, tout enfant ayant vécu en contact avec le vide et l’altitude (en montagne, par exemple) a peu de chance de développer à l’âge adulte la peur du vide et la peur de chuter. On a pu constater que les meilleurs ouvriers du bâtiment, employés à la construction des gratte-ciels dès la fin du XIX^e siècle, étaient les Indiens d’Amérique du Nord, habitués à vivre en haute montagne et confrontés dès leur naissance à l’altitude et au vide des profonds canyons. Cette constatation vaut, en fait, pour toutes les formes de panique liées à des situations spécifiques : plus on s’habitue à vivre certaines circonstances, moins celles-ci auront tendance à nous procurer de la frayeur et vice versa. Comme nous le verrons au chapitre suivant relatif à la prévention de la panique, l’augmentation de notre espace expérimental fait barrage à l’émergence des peurs situationnelles tandis que le contraire les alimente.

La peur de perdre les êtres chers

À la quatrième place (en termes de fréquence des troubles), on trouve la première forme de peur fondée non seulement sur des expériences individuelles mais aussi sur les rapports affectifs, c’est-à-dire la peur d’être abandonné par son compagnon de vie ou encore la terreur de perdre les personnes aimées (par accident ou maladie). L’idée insupportable d’être privés des objets de leur affection rend les personnes atteintes de ce trouble extrêmement attachées (au sens propre) à ces êtres car elles déploient des efforts surhumains pour les protéger et trouver protection auprès d’eux.

Généralement, cette attitude rend ces sujets possessifs (voire oppressants) à l'extrême, notamment avec leur compagnon de vie ou leurs enfants. Avec ces derniers, il s'établit souvent une relation de type anxiogène et asphyxiante pouvant conduire à l'apparition, chez ces enfants, de véritables symptômes phobiques (suscités par un excès d'attention protectrice), capables de transformer le monde et l'entourage extra-familial en source de dangers et périls variés. Comme exemple très contemporain, nous pouvons citer le réflexe d'équiper les enfants en bas âge de téléphones portables afin qu'ils puissent appeler leurs parents dès l'apparition de la moindre difficulté, systématiquement considérée comme dangereuse. Comme le lecteur le comprendra aisément, cette façon d'agir conduira l'enfant à demander automatiquement de l'aide dès l'apparition du moindre problème alors qu'il serait éducatif de le laisser affronter les difficultés en pleine autonomie pour qu'il acquière confiance en lui-même et en ses ressources personnelles. Cette attitude aura probablement pour résultat de développer chez l'enfant une dépendance pathogène vis-à-vis de ses parents et de créer chez lui une incapacité à affronter les obstacles de la vie qui pourraient lui servir à grandir psychologiquement sain.

En ce qui concerne le conjoint, cette attitude faite d'incessantes attentions oppressantes aura probablement pour résultat de rendre l'objet de ce comportement enclin à « prendre le large »... En d'autres termes, nous dirons que la personne qui, pour lutter contre sa peur de perdre son compagnon, oppresse ce dernier, court le risque de développer une relation amoureuse uniquement fondée sur le besoin de soutien et d'aide. Un tel comportement rend généralement le conjoint insatisfait et désireux de construire avec d'autres une relation stimulante, saine et libre...

Encore une fois, nous pouvons dire que la tentative de réduction de la peur pathologique finit plutôt par l'alimenter ou encore, comme dans ces exemples relationnels, par produire ce que l'on redoutait le plus. Malheureusement, lorsque ce type de situation s'est établi, les bonnes paroles et les conseils des proches et des amis se révèlent parfaitement inutiles car le sujet, comme dans tous les autres cas de peur pathologique, évite tout particulièrement de se confronter à ses propres sensations terrorisantes et utilise systématiquement ce qui lui semble efficace à court terme.

Dans les formes relationnelles de trouble phobique et obsessionnel, le sujet, même s'il déploie des efforts surhumains pour faire taire sa peur, peut imposer à son entourage de véritables tortures. Cette pratique confirme donc que la peur est l'émotion la plus atavique et la plus envahissante de toutes, capable de soumettre toutes les autres formes d'émotion, amour compris. En effet, pour réduire sa propre souffrance, le sujet phobique n'hésitera pas à contraindre son compagnon ou son enfant à des renoncements terribles. Les moralistes définissent ce comportement comme de l'égoïsme mais ils oublient que, comme l'affirme Nietzsche, « l'égoïsme n'est que la vision projetée de la réalité » : ce qui est éloigné se rétrécit dans notre perception tandis que ce qui est proche grandit de manière démesurée. Une émotion radicalisée interdit donc de ressentir les émotions des autres (mêmes, comme dans le cas présent, celles des êtres les plus chers que le sujet phobique craint de perdre).

La peur des animaux

La zoophobie, la peur – exaspérée jusqu'à la panique – provoquée par la vue de certains animaux, représente un exemple significatif de l'évolution des phobies sous l'impulsion de certains changements sociaux et environnementaux. En effet, ce type de peur était probablement l'une des plus fréquentes jusqu'à la révolution industrielle, qui a vu l'exode des populations des campagnes vers les centres urbains. Dès lors, le risque de rencontrer des animaux féroces et terrifiants, comme le loup, les serpents et autres bêtes dangereuses vivant dans les bois et les forêts, a fortement diminué.

Cependant, la vie en ville a favorisé le développement d'autres formes de zoophobie, comme celles à l'égard des pigeons, des rats, des souris et des chiens. Ces formes de zoophobie ont entraîné des réactions de panique différentes de celles suscitées par le loup, les serpents ou l'ours : en effet, ces animaux étaient craints pour leur dangerosité avérée mais il en va différemment pour les pigeons et les souris. Si la peur des chiens agressifs (dont certaines races sont très à la mode aujourd'hui) peut se justifier, on constate qu'elle dérive en fait d'une autre cause. En ce qui concerne les pigeons, ils sont redoutés non pas pour leur dangerosité avérée mais pour leur comportement imprévisible. Les personnes qui les craignent pensent aussi, parfois, faire l'objet d'une forme de persécution de leur part. Le bruit de leurs ailes battantes, leur grande production d'excréments et le fait qu'ils puissent être porteurs de parasites et de maladies complètent le cadre phobique. Il en va de même pour les rats et les souris ; la seule différence réside toutefois dans le fait que ces rongeurs peuvent réellement attaquer l'homme dans les égouts et les galeries du métro. Ce qui déclenche la panique n'est donc pas tant l'agressivité de ces animaux – même en ce qui concerne les

chiens – mais plutôt leur caractère incontrôlable et le fait qu'ils soient potentiellement porteurs de saleté, d'infections, de maladies.

La peur atavique d'être agressé par des insectes reste intacte : moustiques, guêpes, taons, bourdons, araignées (qui détiennent la primauté en matière de zoophobie), etc. Pour les insectes, comme pour les rats et les pigeons, les changements en matière sociale et environnementale se sont révélés plutôt favorables à l'augmentation de leur nombre au cours des dernières décennies. Il suffit de penser à la tropicalisation du climat qui a largement contribué à la prospérité des insectes et des rats, qui semblent avoir trouvé dans les égouts leur écosystème préféré. D'autre part, les insectes et les rats possèdent de remarquables facultés d'adaptation et de résistance aux poisons, ce qui les rend, aux yeux des personnes phobiques, encore plus terribles.

Heureusement, les zoophobies tendent à demeurer des monophobies, rarement capables d'évoluer en pathologies invalidantes. Le plus souvent, les sujets vivent avec leur peur en évitant le plus possible les risques de « mauvaises rencontres » ; ils n'en viennent à demander une aide thérapeutique que lorsque les circonstances les obligent à se confronter régulièrement avec l'objet de leur peur. Dans certains cas cependant, la phobie est si forte que la simple vue d'une image de l'animal redouté peut déclencher la panique.

Agoraphobie et claustrophobie

Parmi les formes de troubles provocateurs de panique les plus citées dans la littérature spécialisée, on trouve l'agoraphobie, c'est-à-dire la peur de rester seul ou de s'éloigner des lieux considérés

comme sûrs. La présence ou l'absence d'agoraphobie est utilisée dans les manuels de diagnostic comme critère distinctif des différentes formes d'attaques de panique. On peut donc affirmer que l'agoraphobie représente l'une des formes phobiques associées aux attaques de panique les plus sévères, et peut-être même l'expression la plus fréquente parmi les formes les plus invalidantes. L'agoraphobie est souvent généralisée et contraint les personnes qui en souffrent à une vie régie par les interdits et les limitations pour éviter les situations propices au déclenchement des attaques de panique. Pour cela, ces sujets ont recours à la présence rassurante d'autrui et structurent généralement leur existence de manière à ne jamais demeurer seuls lorsqu'ils sortent de chez eux (ou des lieux considérés comme sûrs). Ils s'entourent donc de personnes connaissant leur trouble, personnes ressenties comme protectrices.

Le plus souvent, la vie amoureuse de ces sujets est fortement influencée par ce type de trouble phobique. Le couple se révèle généralement déséquilibré, fait de dépendance de la part du sujet phobique et de présence rassurante de la part du conjoint. Les agoraphobes ne vivant pas en couple entretiennent des liens d'étroite dépendance avec leur famille d'origine (parents, fratrie, etc.). Souvent, le conjoint et les parents sont vus comme des protecteurs s'alternant auprès du sujet. L'agoraphobie peut représenter une forme de phobie tellement invalidante qu'elle conditionne lourdement non seulement la vie du sujet mais également celle de son entourage affectif. Il me vient à l'esprit les mots très éloquents du grand poète portugais Fernando Pessoa, qui disait : « Je porte sur moi toutes les blessures des batailles que je n'ai pas engagées ».

Très souvent s'associe à l'agoraphobie sa peur opposée, la claustrophobie, c'est-à-dire la crainte des lieux clos dont on ne parviendrait pas à s'extraire rapidement en cas d'attaque de panique : c'est le sentiment de ne pouvoir s'échapper d'un endroit clos qui provoque la panique chez le sujet. Cette forme de phobie ne s'exprime pas seulement dans les lieux fermés « classiques » (ascenseurs, banques avec sas de sécurité, etc.) mais également dans des endroits à « caractère social » symboliquement clos (salles de réunions, de cinéma ou de concert, restaurants, etc.). Parfois, la claustrophobie associée à l'agoraphobie peut se propager aux autoroutes, que l'on ne pourrait quitter à volonté (embranchements imposés). Sans oublier, naturellement, les tunnels et les galeries, milieux clos et oppressants par définition.

La claustrophobie peut, bien sûr, s'exprimer en pathologie simple : le sujet craint alors le déclenchement d'une attaque de panique lorsqu'il vit une situation spécifique, en relation avec un lieu clos. Cependant, même dans les cas où cette peur pathologique n'est pas associée à d'autres phobies, la vie des sujets se révèle particulièrement limitée car la perception de la claustrophobie peut se généraliser et exploser en des circonstances à priori neutres (comme, par exemple, une simple queue au supermarché, un trajet en voiture sur une route très fréquentée, etc.). Les personnes atteintes d'agoraphobie et/ou de claustrophobie tendent à éviter toutes les situations périlleuses pour elles mais les sujets les plus gravement touchés ne parviennent pas à les affronter même avec l'aide d'un accompagnateur rassurant.

La peur du rejet social

L'une des formes modernes de la panique, en forte augmentation (elle fait d'ailleurs l'objet d'un chapitre spécial dans les manuels de diagnostic), est la fameuse *phobie sociale*. Cependant, à mon avis, ce type de trouble (qui, exacerbé, peut produire une attaque de panique en association avec une exposition au contact social), constitue davantage une obsession du rejet (ou du jugement extérieur) qu'une peur au sens propre. Du reste, nous l'avons déjà dit, une réaction de panique peut être induite non seulement par la peur mais aussi par une obsession ou une autre forme de perception altérée de soi-même, des autres et/ou du monde extérieur. Ce qui m'incite à opter pour une matrice obsessionnelle plutôt que pour un schéma phobique, c'est le fait que les sujets atteints par ce type de trouble sont sûrs et certains du jugement négatif ou du rejet par les autres plutôt qu'ils ne s'interrogent ou se questionnent. En d'autres termes, nous dirons que le « phobique social » se sent toujours rejeté ou mal jugé par autrui ; il ne craint pas que la chose soit possible, il en est sûr et certain ! Il aborde alors le monde et les autres avec une méfiance décuplée et crée, par son comportement défensif, les circonstances pour que s'expriment et se confirment un vrai rejet ou un jugement vraiment négatif. Un tel schéma interpersonnel conduit, par sa répétition, à la dégradation des relations sociales.

Cette pathologie est donc susceptible de provoquer des effets dramatiques sur la vie d'une personne dans sa relation avec les autres et le monde et de mener à l'isolement social. Les cas les plus sévères contraignent à une existence limitée aux seules relations avec la famille d'origine ; ce trouble est rarement aussi exaspéré mais laisse planer une sorte d'« épée de Damoclès » au-dessus de la tête du sujet chaque fois qu'il s'expose à de nouveaux contacts sociaux ou à des rencontres jugées risquées. Les sujets atteints

limitent alors leur existence à leur « cercle de sécurité », c'est-à-dire aux individus bien connus et, à leurs yeux, dignes de confiance ; les frayeurs se déclenchent lorsque des situations interpersonnelles donnent à penser à ces personnes qu'elles sont observées ou jugées et l'on peut dire que le « phobique social » vit en permanence sur ses gardes, écarte toutes les situations à risque ou se place systématiquement sous la protection d'un entourage de confiance. Mais cette stratégie ne le protège pas efficacement car il se sent quand même observé, jugé et/ou rejeté, et sa seule stratégie de secours est alors la fuite. On dira ainsi que le « phobique social » vit dans « l'éloge de la fuite » (Laborit, 1990).

Comme nous l'évoquerons dans le chapitre suivant, ce type de trouble nécessite une prise en charge différant de celle appliquée aux autres formes de peur car il est nécessaire de travailler sur la conviction d'être jugé et/ou mis à l'écart par les autres plutôt que sur le dépassement de la peur suscitée par des situations jugées terrifiantes.

La peur des maladies : les fixations hypocondriaques

L'une des illusions majeures de notre temps – conséquence directe du large développement scientifique et médical réalisé au xx^e siècle – est la conviction que l'on peut guérir toutes les maladies grâce, notamment, à une connaissance approfondie du corps humain et de ses pathologies. Et cette illusion est tenace alors que, malgré les progrès considérables faits par la recherche médicale au cours des derniers cinquante ans, la bataille contre certaines maladies (HIV, cancer, infarctus, sclérose en plaques, etc.) est à

gagner. Pourtant, la foi populaire dans la médecine est intacte et chaque nouvelle découverte (ou promesse de découverte) est largement (et à juste titre) saluée par des applaudissements et des espérances.

L'une des caractéristiques de la médecine moderne est l'attention portée à la prévention et au diagnostic précoce des maladies car ce sont là des moyens sûrs d'empêcher le développement de certaines pathologies ou de rendre les thérapies plus efficaces.

Malheureusement, comme un médicament utilisé en surdosage peut se transformer en poison, la prévention et la recherche de diagnostics à outrance peuvent se transformer en fixation et empoisonner littéralement la santé d'un patient. Comme le lecteur l'aura compris, je pense ici aux personnes préoccupées en permanence par leur santé, qu'elles surveillent par des analyses répétées, des consultations médicales fréquentes, des examens réitérés, etc. Et ces personnes, au moindre symptôme, tombent dans la panique.

Dans ce cas précis, le piège est le suivant : « qui cherche, trouvera ». En effet, une attention excessive au fonctionnement de son organisme est capable de créer des symptômes alarmants. Le phénomène paradoxal typique de l'attaque de panique, c'est-à-dire la tentative de contrôle qui fait perdre le contrôle, trouve ici son expression la plus éclatante. Le sujet atteint d'hypocondrie (terme utilisé par les psychiatres pour définir les « malades imaginaires ») vit dans l'écoute permanente de son corps afin de diagnostiquer les symptômes les plus précoces et de soigner rapidement les éventuelles maladies auxquelles ils correspondraient. Dans la plupart des cas, cette attention excessive se focalise sur des

pathologies particulières : on peut ainsi citer la peur des troubles cardiaques (arythmie, tachycardie, etc.), qui entraîne une surveillance cardiaque soutenue. Et c'est cette surveillance qui entraîne généralement un trouble cardiaque et le déclenchement de la panique. On trouve également les sujets surveillant avec excès leur fonctionnement intestinal (et leurs selles) à la recherche d'indicateurs significatifs de pathologies (dont le cancer colorectal) : ces personnes tombent dans la panique à la moindre variation de leur transit intestinal, allant jusqu'à inspecter la couleur, la consistance et l'odeur de leurs excréments. Les exemples sont très nombreux mais les mécanismes sont toujours les mêmes et l'effet final immuable : l'attaque de panique et la consultation médicale en urgence.

Ainsi les hypocondriaques entretiennent-ils avec le corps médical des relations plus que suivies, allant jusqu'à multiplier les consultations auprès de plusieurs médecins d'une même spécialité et à effectuer les mêmes examens plusieurs fois. Un seul avis médical ne saurait les satisfaire ni les rassurer...

On pourrait établir un parallèle entre ces sujets et une personne qui achèterait plusieurs exemplaires d'un même quotidien pour lire plusieurs fois la même nouvelle afin de vérifier sa véracité. On sait que, parfois, la médecine se fait la complice de ces mécanismes et bien des praticiens prescrivent, avec zèle, à un même patient, des analyses ou des examens à répétition. C'est ainsi que les comptes de la Sécurité Sociale laissent apparaître un poste dépense pour les analyses et les examens d'investigation en pleine augmentation. Mais la personne vivant dans la terreur de déclarer une maladie grave renforce ses doutes à chaque examen ou analyse dans la mesure où le résultat négatif ne la rassure que momentanément et alimente une obsession de contrôle médical, soutenue par sa rage

de diagnostic. Après chaque résultat rassurant, la trêve phobique est de courte durée : le sujet se relancera bientôt dans la course aux contrôles médicaux...

À cela s'ajoute aujourd'hui la possibilité d'obtenir des informations à caractère médical sur Internet : cette possibilité permet aux hypocondriaques de réaliser des auto-diagnostics (alarmants), fondés sur la « connaissance » des dernières découvertes médicales.

Une fois encore, le progrès se transforme en amplificateur de l'obsession : nombre de mes patients me confient passer des heures sur leur ordinateur pour traquer les informations médicales. Pour ces sujets, la prévention et le suivi médical se transforment en une obsédante et torturante recherche de diagnostics. Et malheureusement, lorsque le trouble est installé depuis longtemps, il n'est pas rare que certains sujets développent une réelle somatisation, à la suite du stress permanent, de l'importante anxiété auxquels ils soumettent leur organisme. Cette fureur mentale, ce besoin de traquer les signes d'un problème physique inexistant, peuvent engendrer ce type de trouble organique. Comme nous l'avons déjà évoqué, le sujet construit, par les effets de sa fixation phobique, ce qu'il subit. Le virtuel devient réalité.

Le contrôle trop parfait : les obsessions compulsives

L'un des pièges mentaux les plus anciens, mais toujours d'actualité car il accompagne l'homme depuis la nuit des temps, est l'idée à priori raisonnable que le doute peut être résolu au moyen de réponses adaptées. Pourtant, comme Kant l'évoquait dans sa

Critique de la raison pratique, les problèmes ne dérivent pas des réponses que nous leur apportons, mais des questions que nous nous posons. Si la question est formulée de manière pathogène, la réponse, quelle qu'elle soit, sera pathogène.

Exemple : puis-je avoir contracté une infection en passant près d'un centre de soins ? Dans le doute, il vaudrait mieux que je me désinfecte afin d'écarter tout risque. Ainsi, chaque fois que je serai dans la crainte d'une infection ou d'une contagion (par contact ou par proximité d'une source), me désinfecterai-je. Mais plus je me désinfecterai, plus j'aurai envie de le faire parce qu'en y réfléchissant bien, les possibilités d'infection ou de contagion sont infinies : en effet, l'air même est un vecteur formidable de substances dangereuses ! Donc, il est raisonnable de me désinfecter systématiquement pour éviter des infections terribles. Ainsi passerai-je la plus grande partie de mon temps à me désinfecter à moins que, pour échapper à cette torture inévitable, je n'évite tout contact avec des sources de contagion possibles. Mais comme l'air aussi est contaminé, je vais devoir m'enfermer dans un endroit décontaminé et aseptisé. Chaque fois que je quitterai ce lieu sûr, je devrai, en rentrant, procéder à une désinfection corporelle afin de ne pas violer l'asepsie de mon refuge.

Cet exemple de chaîne d'événements peut sembler excessif mais je confirme, moi qui ai traité et étudié des centaines de patients atteints de troubles obsessionnels compulsifs, qu'il ne s'agit pas là d'un cas exceptionnel mais plutôt banal. Parmi les différentes formes de pathologie phobique, celle-ci constitue peut-être l'expression la plus étrange et, en apparence, la plus irraisonnée mais elle découle, comme décrit précédemment, d'une application rigide et réitérée d'une logique correcte.

Comme l'affirmait John Locke « d'un postulat erroné, on peut obtenir des effets erronés au moyen d'une logique juste ». Le sujet obsessionnel compulsif répond au moyen d'une logique juste à des questions erronées, en construisant un cercle vicieux dans lequel il finit par se perdre. Dans les faits, sa tentative de contrôler une réalité menaçante lui apparaît comme tellement raisonnable et efficace qu'il ne peut plus en interrompre le processus.

Une fois encore, une bonne intention produit une mauvaise solution.

Cette interaction pathogène entre l'esprit et l'esprit conduit à des actions et à des comportements rituels dont le sujet ne peut plus se passer. La solution apportée au premier problème se transforme en un second problème, plus torturant que le premier.

Pour les personnes souffrant de cette pathologie destructrice, le véritable trouble est cette impossibilité d'interrompre ces rituels, inventés tout d'abord pour calmer la peur, puis transformés en actions répétées et irréfrenables pour tenir à distance une réalité menaçante ou se protéger de dangers potentiels.

Dans la majorité des cas, les sujets déclarent être conscients de l'absurdité de la situation créée mais leurs efforts pour limiter les compulsions sont voués à l'échec, autant que pourrait l'être la tentative de conduire un tigre à ne pas dévorer un succulent morceau de viande. Pourtant, comme nous le verrons, un traitement efficace contre ce type de trouble prévoit le recours à des stratagèmes créatifs capables de réorienter les mécanismes qui piègent la volonté de ces sujets.

Heureusement, toutes les formes de troubles compulsifs n'entraînent pas des effets aussi sévères : la plupart du temps, ces troubles se limitent à une réalité particulière, vécue comme une

forme de responsabilité. On citera le cas d'un responsable d'entreprise qui contrôle maintes et maintes fois la justesse de son travail pour être absolument sûr de ne pas avoir commis d'erreurs, ou bien l'exemple de ces anxieux qui vérifient plusieurs fois qu'ils ont bien fermé leur porte ou le robinet du gaz ou encore qu'ils ont éteint toutes les lumières de leur appartement avant de se mettre au lit...

Les exemples sont très nombreux et variés mais il convient de bien mettre en évidence la structure dynamique du trouble obsessionnel compulsif, qui est toujours la même, même dans les cas les plus « créatifs » : pour éviter la panique, le sujet se construit des séquences d'actions rituelles réparatrices ou propitiatoires, qui deviennent progressivement compulsives et irréfrenables. Ce qui devait protéger finit par agresser et tourmenter.

La dysmorphophobie : la phobie de son aspect physique

Le dernier des grands « classiques » parmi les troubles capables de provoquer d'invalidantes attaques de panique est typique de l'époque contemporaine car il est étroitement lié au phénomène social : l'évolution de l'appréciation du corps et le développement de la chirurgie esthétique. D'une certaine manière, l'ère post-moderne a engendré l'idée que nous pouvons modifier ce qui en apparence est immuable, c'est-à-dire notre aspect physique.

Il y a encore quelques décennies, les personnes désireuses de modifier leur apparence physique devaient se contenter des salles de gymnastique, des cures amaigrissantes, des régimes alimentaires et du maquillage. Mais la chirurgie esthétique ayant fait,

depuis la Première Guerre mondiale, des progrès presque miraculeux, on peut obtenir aujourd'hui ce qui était impossible hier.

Pourtant, dans ce domaine aussi, le « bien » peut créer le « mal ». La chirurgie esthétique est une pratique hautement utile, précieuse, mais son usage excessif et improprie peut la rendre dangereuse et toxique. Pensons à un sujet faisant une fixation sur une particularité de son corps, qu'il refuse : le simple fait de croiser un regard appuyé ou de se voir dans un miroir peuvent déclencher une douloureuse réaction de panique. Le sujet place alors tous ses espoirs de changement dans la chirurgie esthétique. Précisons toutefois que nous parlons de sujets présentant une imperfection légère, voire une absence totale de défaut physique. L'idée pathogène de posséder une déformation physique insupportable n'est alors qu'une fixation mentale, le plus souvent liée à des problèmes relationnels et/ou à un profond sentiment d'insécurité. L'esprit se raccroche alors à l'idée que ce défaut physique est la cause de tous les problèmes rencontrés et que la disparition de ce supposé défaut résoudra, comme par miracle, toutes les situations malheureuses.

Il convient d'ajouter que certains professionnels de la chirurgie esthétique, malhonnêtes sur le plan éthique, encouragent avec zèle, pour des raisons d'enrichissement personnel, cette vision pathogène. Commence alors la valse des interventions chirurgicales inutiles, qui exacerbent en fait la pathologie psychique du sujet : celui-ci trouvera toujours une partie de son corps à modifier. On rencontre ainsi, un peu partout dans le monde, des clones de Michael Jackson ou de Tom Cruise, fabriqués par une chirurgie esthétique sauvage. Sans arriver à de tels excès, certains sujets ayant abordé la chirurgie esthétique par une rhinoplastie poursuivent

leur course folle par une opération des lèvres, des yeux, du ventre, des cuisses, etc.

L'illusion de la solution chirurgicale (engendrée par la démocratisation de la chirurgie esthétique) provoque généralement, après une première intervention, une sorte de réaction en chaîne capable de capturer l'esprit du sujet tout entier, qui vit dans le besoin permanent de calmer toute réaction de panique, déclenchée par le défaut physique supposé. Comme dans le cas des obsessions compulsives, la solution, pour les dysmorphophobiques, se transforme en problème supplémentaire exigeant une nouvelle solution, laquelle conduira à l'émergence d'un nouveau problème et ainsi de suite, jusqu'à l'apparition d'effets concrets véritablement dramatiques : des difformités réelles peuvent alors apparaître à la suite d'une série d'interventions ayant, peut-être, corrigé un défaut supposé mais ayant produit un bouleversement véritable de l'harmonie physique générale. Nous devons également évoquer les effets dévastateurs, sur le plan médical, de certaines interventions, nécessitant des reprises plus désastreuses encore.

Ce qui rend souvent inévitable cette chaîne d'événements est le fait que la personne dysmorphophobique tend à s'isoler sur le plan social pour éviter la souffrance et les crises de panique provoquées par le regard et/ou le jugement supposé des autres. On voit ainsi des adolescents, par exemple, demander l'aide de leurs parents et tenter de les convaincre que la seule solution à leur problème et à leur souffrance est la chirurgie esthétique. Ces parents ont généralement conscience que le problème est d'ordre psychique plutôt que physique mais ils se laissent convaincre en constatant la souffrance réelle exprimée par leur enfant. Le plus souvent, les dysmorphophobiques refusent la psychothérapie, convaincus qu'ils sont de souffrir non pas d'une perception erronée et pathogène

d'eux-mêmes mais bien d'un défaut physique réel. Cette conviction rend le traitement des cas graves difficile, et souvent, le patient arrive en thérapie une fois le désastre chirurgical accompli.

1. La reconnaissance internationale se fonde sur l'étude de la persistance des phénomènes pathologiques entendus comme systèmes ou cause et effet interagissant de manière dynamique et circulaire d'interdépendance. Cette optique est fondée, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, sur une connaissance pratique et non sur une simple observation comme dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), où l'on ne note d'une pathologie qu'une série de critères (ou d'absence de critères) d'appartenance aux différentes classes de troubles. Ce type de connaissance ne sert qu'à classer tandis que la connaissance pratique sert à intervenir. La première est une sorte de carte statique descriptive tandis que la seconde est une carte reportant des coordonnées pouvant être utiles pour se situer pendant le voyage...

CHAPITRE 3

L'esprit qui se libère : remporter la bataille sur la panique

« Regarde la peur en face et elle cessera de te tourmenter ».

Sri Yukteswar

Caractéristiques générales de la peur pathologique

« La nécessité aiguise l'esprit » dit un proverbe ancien, et il en a été ainsi pour l'étude des thérapies contre la panique.

Comme nous l'avons déjà évoqué, ces troubles sont devenus une sorte d'épidémie sociale au cours des dernières décennies et leur traitement a fait l'objet de plusieurs centaines d'études : ainsi dispose-t-on aujourd'hui d'une vaste gamme de thérapies capables d'aider les patients qui en souffrent (Nardone 2000, Rovetto 2002).

Mais seul un petit nombre d'entre elles garantit l'efficacité du traitement, à savoir l'absence de rechute (retour des attaques de panique) après résolution du problème, ainsi que la rapidité de ses

effets bénéfiques. Ce second facteur est beaucoup plus important qu'il n'y paraît sur le plan théorique car il existe une différence réelle entre guérir de la panique en 3 mois et en guérir en 3 ans ! En d'autres termes, on dira qu'il existe une différence substantielle et chiffrable en qualité de vie de 2 ans et 9 mois, et les sujets souffrant de peur pathologique savent parfaitement ce que cela signifie sur le plan pratique et psychologique. Une thérapie sera donc d'autant plus efficace qu'elle sera rapide (Sirigatti, 1994).

Comme nous l'avons déjà évoqué dans le premier chapitre (Cagnoni 2000), ce qui résulte clairement de la recherche empirique en matière de traitements véritablement efficaces et rapides, c'est que ces derniers doivent conduire le sujet à cesser ses manœuvres d'évitement, bloquer ses demandes d'aide et de protection auprès de l'entourage, et, enfin, le rendre capable de se plonger volontairement dans la peur au point de l'annuler. Comme le dit un proverbe musulman, « la peur affrontée se transforme en courage ».

Pour obtenir ces changements de la part d'un sujet affecté du syndrome des attaques de panique, il existe deux approches particulièrement efficaces : la première est l'approche cognitive et comportementale, la seconde l'approche stratégique.

La première approche cherche à amener le sujet à comprendre et à rationaliser les dysfonctionnements de ses représentations, puis à affronter progressivement les situations redoutées jusqu'à les apprivoiser. L'approche stratégique quant à elle se fonde sur l'utilisation de stratagèmes thérapeutiques capables de conduire le sujet, à son insu, à expérimenter concrètement le dépassement de sa panique. Ce n'est que dans un second temps, une fois les symptômes rapidement disparus, que le sujet sera conduit à la pleine conscience de ses ressources personnelles.

Dans la pratique, ces deux approches adoptent des procédés opposés : dans la première, la révélation et la prise de conscience du problème produisent le changement ; dans la seconde, le changement dérive de stratagèmes thérapeutiques capables de conduire le sujet à une prise de conscience autonome.

Ces deux modèles, théoriques et pratiques, sont parfois confondus dans la mesure où ils possèdent des caractéristiques communes : tous deux se fondent sur des changements concrets et plusieurs de leurs techniques se ressemblent. Une différence substantielle oppose pourtant les deux modèles : le recours à des stratagèmes thérapeutiques capables de contourner la résistance naturelle au changement propre à l'esprit humain se révèle beaucoup plus efficace dans ses effets que l'insistance à convaincre rationnellement une personne de changer ses propres représentations et ses agissements. Comme nous l'avons vu dans le dernier chapitre, la peur pathologique est une sorte de piège que se tend l'esprit à lui-même : pour produire un changement rapide, il convient donc de tendre à l'esprit un contre-piège thérapeutique, capable de court-circuiter le mécanisme dysfonctionnel.

C'est cette constatation qui a motivé mes recherches, il y a maintenant plusieurs décennies : je voulais trouver les techniques thérapeutiques les plus efficaces et les plus rapides dans leur application pour vaincre la peur pathologique, et j'ai œuvré en adoptant une approche stratégique plutôt qu'une approche cognitive et comportementale.

Progressivement, mes recherches se sont orientées sur l'élaboration de stratégies particulières, composées d'applications thérapeutiques et de stratagèmes originaux, pouvant concerner

toutes les formes de trouble phobique obsessionnel. C'est ainsi que j'ai formulé toute une série de rigoureux protocoles de traitement (Nardone 1988, 1990, 1993, 1997, 2000), qui se sont révélés concrètement efficaces et rapides pour combattre ces pathologies.

Une seule donnée statistique sera utile au lecteur pour comprendre l'efficacité de ces protocoles : l'étude des résultats des thérapies réalisées au Centre d'Arezzo (placé sous ma direction) a montré qu'au cours des années 1989-1999, plus de 90 pour cent des patients traités pour troubles phobiques ont été complètement « guéris » et cela, en approximativement 7 séances seulement (Nardone, Watzlawick 2002). De plus, au cours des dernières décennies, grâce aux recherches constantes de nos équipes, les traitements se sont améliorés et affinés au point que grand nombre de patients sont parvenus à l'élimination de leur pathologie dès les premières séances. Un résultat, donc, plus qu'enthousiasmant...

Mais au-delà de ces données à caractère scientifique, ce qui me semble vraiment utile de souligner est le fait que si les troubles de la panique peuvent être extrêmement douloureux, invalidants et tenaces, leur thérapie, au contraire, peut être facile, rapide, légère et indolore : je dirais même amusante !

Une fois exposés clairement ces points importants – utiles au lecteur pour différencier mes techniques de la masse des propositions thérapeutiques offertes de par le vaste monde – je souhaite préciser que j'ai choisi d'expliquer de manière simple et accessible les différentes formes de traitement stratégique de la peur pathologique en ayant recours à la narration de cas exemplaires, traités au moyen de thérapies réellement mises en œuvre. Pour les lecteurs intéressés par un exposé plus rigoureux et scientifique des protocoles thérapeutiques, je me permets de les

renvoyer à certains de mes textes déjà publiés (Nardone 1993 ; Watzlawick, Nardone 1997 ; Nardone, Watzlawick 2002).

Pour cet ouvrage destiné au grand public, j'ai fait le choix d'exposer des cas pratiques, qui seront d'une lecture plus aisée et plus agréable. Avant de les exposer, présentons les différentes phases de l'intervention stratégique appliquée aux troubles de la panique.

Première phase : identifier le type de peur pathologique conduisant à la panique et introduire dans les images évoquées par le patient des éléments pouvant l'amener à changer sa perspective du problème.

Deuxième phase : suggérer ou prescrire directement des actions et des pensées induisant le patient à réaliser des expériences de changement. En d'autres termes, appliquer les stratagèmes thérapeutiques utiles afin que le patient interrompe lui-même son cycle dysfonctionnel de tentatives de solutions (contrôle qui fait perdre le contrôle, demande permanente d'aide auprès de l'entourage, évitement systématique).

Troisième phase : conduire le patient à augmenter ses expériences de succès dans la gestion des sensations et des situations à caractère anxiogène. Dans le même temps, rendre le patient conscient de ses propres ressources et des capacités qu'il a su déployer pour affronter et surmonter ce qui autrefois le bloquait.

Quatrième phase : fin de l'intervention et redéfinition du résultat, dont le désormais « ex-patient » est entièrement responsable.

Même si la description de ces interventions thérapeutiques se fait sous la forme narrative, je suis certain que le lecteur parviendra toujours à distinguer les quatre phases décrites. Notons enfin que, derrière la grande créativité de certaines des solutions

thérapeutiques construites « sur-mesure », on trouve toujours une procédure rigoureuse. Comme l'évoquait Gregory Bateson : « Il n'y a rien de plus pratique qu'une bonne théorie »...

Exemples de « magie technologique »

Cas N° 1 : une agoraphobie

Ce cas met en scène l'une des plus belles femmes qu'il m'ait été donné de rencontrer... Cheveux sombres et brillants, teint de porcelaine, yeux noirs ensorcelants et sourire à couper le souffle. Une carrière de mannequin derrière elle, abandonnée pour se consacrer à sa véritable passion, la décoration intérieure, aujourd'hui exercée professionnellement avec succès. Mais Élisabeth possède une histoire familiale compliquée : après la mort de son père, elle est retournée vivre avec sa mère, avec laquelle elle entretient une relation complexe d'amour/haine. Son fiancé du moment ne semble pas la satisfaire (tant et si bien qu'elle a renoué avec l'un de ses ex-compagnons). Mais ce fiancé joue un rôle rassurant à ses côtés. En effet, le problème est justement qu'Élisabeth est incapable de s'éloigner des lieux vécus comme sûrs, c'est-à-dire des endroits où elle pourrait trouver des personnes fiables capables de l'assister en cas de malaise.

Cette superbe femme souffre donc depuis plus de onze ans d'attaques de panique chaque fois qu'elle se retrouve seule, et cela peut se produire même à son domicile. Élisabeth a donc organisé sa vie afin de ne jamais demeurer seule et de pouvoir, en cas de besoin, faire appel à une aide rassurante et rapide.

Comme nous pouvons aisément l'imaginer, la vie d'Élisa, en apparence dorée grâce à ses dons personnels, artistiques et professionnels, est en réalité entièrement conditionnée par son trouble. Lors de notre premier rendez-vous, son sourire charmant et sa mise impeccable furent vite gâchés par une crise de larmes compulsive. Sollicitée par mes questions, Élisa contemplait la « splendeur de ses propres désastres ». Pour la première fois, elle prenait conscience de tout ce qu'elle avait dû sacrifier à sa peur pathologique. Cette constatation provoqua en elle un mélange de désespoir et de colère, et surtout la peur de ne pas parvenir à changer.

Le lecteur, à la lumière de ce qui a été précédemment évoqué, notera que tout cela a été délibérément provoqué pour induire la patiente à « opposer la souffrance la plus grande à la souffrance la plus petite », c'est-à-dire à transformer la peur de limitation en ressource.

Élisa me raconte également les nombreuses thérapies (médicamenteuses comme psychologiques) qu'elle a suivies sans résultat. La dernière s'est transformée en une sorte de « camaraderie » avec son thérapeute : celui-ci est devenu l'un de ses nombreux sauveteurs, l'un de ses accompagnateurs fiables et sûrs... Et c'est justement lui qui, voyant qu'il devenait l'un de ses chevaliers servants anti-panique, lui a conseillé de lire l'un de mes ouvrages. Élisa a alors décidé de venir me consulter à Arezzo (pourtant fort distant de son lieu de vie). Je suis, me dit-elle, sa dernière chance. Je poursuis donc mon entretien avec elle en lui faisant noter, au moyen d'un argumentaire en apparence rationnel, comment sa tentative de gestion de la peur de demeurer seule a fini par alimenter son syndrome de panique.

« Réfléchissez, maintenant, au fait que chaque fois que vous demandez et obtenez de l'aide directement ou indirectement pour ne pas rester seule ou pour ne pas être terrassée par la panique, vous recevez en fait deux messages de manière simultanée. Le premier est rassurant (je suis là, je t'aide, je te protège, tu peux être sereine) ; le second est pathogène (je te protège car tu n'y arrives pas seule). Ce second message, répété dans le temps, non seulement fait perdurer le trouble mais tend aussi à le faire empirer : chaque fois que vous demandez de l'aide et la recevez, vous confirmez à vous-même que sans cette aide, vous vous sentiriez mal, ce qui renforce votre sentiment d'incapacité personnelle. Chaque fois que vous demandez de l'aide et la recevez, vous augmentez votre trouble, même si, sur le moment, vous avez la sensation d'aller mieux. Je sais parfaitement que vous êtes incapable de vous passer d'aide mais réfléchissez au fait que vous augmentez votre trouble. Contentez-vous de penser à cela. Je sais parfaitement que vous êtes incapable de vous passer d'aide dans certaines situations, mais pensez au fait qu'en demandant de l'aide et en en recevant, vous contribuez à augmenter votre peur ».

Cette « restructuration » suggestive est la manière, élaborée et formalisée grâce à une longue expérience, de confronter la peur avec la peur : c'est-à-dire d'opposer la grande peur de voir les choses empirer dans un avenir proche à la petite peur immédiate d'affronter certaines situations. La manœuvre importante consiste à ne pas prescrire mais à induire au moyen d'une perception : on ne demande pas au sujet d'agir différemment mais de ne jamais oublier les effets de ses actions.

À la fin de cette première séance, je demande à Élisabeth de réaliser un petit exercice au cours des deux semaines à venir. Cette prescription, issue du protocole de traitement élaboré pour lutter

contre les troubles de la panique avec agoraphobie, consiste à noter dans un carnet les situations critiques au moment où elles se présentent. Ce « journal de bord », ordonné en colonnes, doit être rempli au moment exact où la crise de panique se déclenche. Le patient doit toujours avoir sur lui son petit carnet, afin de pouvoir y noter immédiatement chaque épisode. Généralement, ce type de prescription est présenté comme un procédé utile à la compréhension et au diagnostic de la pathologie mais en réalité il s'agit d'un stratagème pour déplacer l'attention du sujet, au moment où survient une attaque de panique. La tentative de contrôle disparaît au profit de la compilation dans le carnet.

Lors du rendez-vous suivant, le visage d'Élisa est radieux : ses yeux brillent et son sourire est éclatant. Elle me confie être venue seule, en faisant 300 kilomètres en voiture, sans aucun problème. Elle me raconte aussi, qu'au cours des deux semaines écoulées, la petite graine plantée dans son cerveau au cours de la première séance a bien poussé : presque immédiatement après notre entrevue, elle a cessé de demander de l'aide et a pu faire l'expérience d'une absence totale de crises (à l'exception de quelques très légers moments de confusion). Au cours de ces jours, elle s'est déplacée seule : si elle ressentait quelques sursauts de peur, elle les notait immédiatement dans son journal de bord et ils disparaissaient comme neige au soleil. Cette nouvelle condition n'a pas manqué de l'étonner mais en personne intelligente, elle a compris le mécanisme. Le fait d'avoir découvert le « tour de passe-passe » lui a permis de redimensionner sa peur d'être terrassée par sa propre peur.

Sur la base de cette « expérience émotionnelle correctrice » Élisa a pu accomplir, pour la première fois depuis très longtemps, toutes ses activités quotidiennes sans l'aide de personne mais en

notant scrupuleusement dans son carnet toutes les sensations menaçantes ressenties.

Le deuxième rendez-vous fut donc consacré à la prise de conscience de ses ressources personnelles : la jeune femme utilisera désormais le stratagème du détournement de l'attention en pleine conscience.

Parallèlement à cette prescription, je propose à Élisabeth la seconde partie – très importante – du traitement, nécessaire à l'élimination définitive de sa peur pathologique. Je lui tiens les propos suivants :

« Dès maintenant, et jusqu'à notre prochain rendez-vous, fixé dans deux semaines, vous allez, quotidiennement, vous retirez dans une pièce au calme et y rester pendant une demi-heure (à contrôler avec un réveil matin). Confortablement installée, vous convoquerez – et cela, volontairement – vos pires craintes. Par exemple, vous penserez que vous êtes seule et abandonnée, dans des lieux pour vous terrifiants, prête à perdre le contrôle sur vous-même, tandis que votre cœur bat à tout rompre. Laissez-vous aller à vos pires fantasmes. Si vous avez envie de hurler, hurlez ! Si vous avez envie de pleurer, pleurez ! Si vous avez envie de sauter en l'air, sautez en l'air ! Lorsque le réveil matin sonnera, tout sera terminé. Vous irez vous rafraîchir le visage et vous poursuivrez votre journée ».

Élisabeth refuse catégoriquement la prescription et me dit : « Mais j'étais si bien pendant ces deux semaines, et maintenant, vous me demandez de me replonger dans mes pires craintes ? » Et je lui réponds : « Vous pourriez avoir de vraies surprises, donc faites-le. Je pense avoir mérité un peu de votre confiance, c'est pourquoi je vous demande d'essayer ».

Deux semaines plus tard, Élisabeth me raconte qu'elle a passé les quinze plus beaux jours de sa vie ; elle a été parfaitement autonome

aussi bien dans sa vie privée que dans ses activités professionnelles, ce qui lui a permis de se rendre dans d'autres villes que la sienne pour son travail de décoratrice. Elle a eu la sensation d'être libre ; elle avait toujours avec elle son petit carnet mais n'a pas eu besoin de s'en servir, même si elle a fait des choses qu'elle ne faisait plus depuis des années.

Enfin, le second exercice demandé ne lui a posé aucun problème et elle l'a même trouvé plutôt relaxant. En cherchant à provoquer volontairement la panique, par l'évocation de ses pires fantasmes, elle a obtenu le contraire : ses craintes terrifiantes s'évanouissaient à leur seule évocation. Elle était détendue et sereine en affrontant volontairement ce qui autrefois la terrorisait. Élisabeth me dit également avoir relu mon livre sur la panique et compris son mécanisme, mais que faire l'expérience concrète de la thérapie était bien autre chose...

Au cours de la conversation, je la guide à prendre toujours plus conscience de ses capacités et de ses ressources personnelles, libérées grâce à l'expérimentation d'une nouvelle manière d'envisager la peur. Je lui propose alors un autre exercice : faire en sorte qu'« augmenter la peur pour mieux la réduire » devienne un réflexe automatique. Cet exercice devra se dérouler plusieurs fois par jour, à horaires fixes, pendant cinq minutes, et sans qu'elle s'isole. Pendant cette durée, Élisabeth devra convoquer ses pires craintes pour mieux les détruire.

Quinze jours plus tard, Élisabeth me raconte qu'elle a procédé à l'« exercice paradoxal » : elle a pu constater qu'en traquant régulièrement ses pires craintes, celles-ci s'évanouissaient toujours davantage. Elle ajoute qu'à plusieurs reprises, se trouvant loin de chez elle, elle s'est posée la question suivante : « Et si maintenant, il m'arrivait une crise ? ». Les vieilles sensations ont refait surface

mais elle leur a immédiatement appliqué la technique de l'augmentation des sensations pour les réduire.

De cette manière, ses pires fantasmes inhibaient totalement le déclenchement des réactions de panique et ce processus l'a vraiment rendue heureuse. Elle était désormais consciente de posséder une arme extrêmement efficace pour lutter contre ses peurs et leurs effets.

Je lui explique qu'en fait, elle a déjà appliqué toute seule la prochaine étape de sa thérapie, c'est-à-dire dépasser ses limites et acquérir confiance dans ses propres ressources, même et surtout lorsqu'une crise de panique se profile à l'horizon. Je lui demande alors d'appliquer ce qu'elle a découvert seule, chaque fois qu'elle éprouvera une sensation menaçante : alimenter sa peur pour mieux la réduire, en regardant sa montre pendant cinq minutes environ.

Je propose à Élisabeth de nous revoir un mois plus tard, afin qu'elle puisse expérimenter sur le long terme les exercices prescrits, éprouver ses ressources personnelles et augmenter son autonomie individuelle, en dehors de la relation patient-thérapeute.

Un mois plus tard, Élisabeth, en pleine forme, me dit se sentir totalement libérée de ses sensations de peur, vivre sereinement et ressentir une plénitude jamais expérimentée auparavant. Elle évoque toutefois une ombre au tableau : sa liaison amoureuse. Elle a pris conscience de ne jamais avoir été amoureuse de son fiancé, lequel est passé du statut de compagnon protecteur et sécurisant à celui de partenaire encombrant.

Ce genre de prise de conscience est extrêmement fréquent dans l'histoire des personnes qui, après de longues années de panique, se libèrent de leurs chaînes. Et il en est allé de même pour Élisabeth. Je l'ai revue pendant un an (à raison d'un rendez-vous tous les trois mois) afin de procéder à des contrôles thérapeutiques. Au cours de

cette période, aucune rechute des symptômes phobiques ne s'est produite et aucun nouveau trouble n'est apparu. Élisabeth est même allée vivre seule, mettant un terme à sa relation complexe avec sa mère, profitant désormais de sa liberté et de ses ressources personnelles retrouvées. Après plusieurs mois de douloureuse hésitation, elle a également quitté son fiancé.

Ce cas est un des nombreux exemples de traitement réussi des troubles anxieux avec agoraphobie ; il est assez emblématique de l'application du protocole spécial mis au point et utilisé avec succès depuis maintenant plusieurs décennies. Comme le lecteur n'aura pas manqué de le remarquer, même un trouble persistant depuis de nombreuses années peut être résolu par cette thérapie de manière rapide et efficace.

Cas N° 2 : la peur de tuer son mari

Je reçois en thérapie une jeune femme désespérée, car obsédée par la peur d'être terrassée par un raptus de folie qui la conduirait à tuer son mari (qu'elle aime pourtant profondément). Le simple fait de me confier sa peur, qui l'accompagne depuis des mois comme une ombre sinistre, la rend extrêmement mal à l'aise, au bord de la panique. Plus elle tente d'éloigner cette idée funeste, plus cette dernière envahit son esprit d'images terrifiantes. Elle se voit se saisir d'un couteau de cuisine et égorger son mari endormi, ou bien saupoudrer sa nourriture de poison violent ou encore précipiter son compagnon dans le vide, depuis le balcon de leur appartement.

Julie est très éprise de son mari (épousé il y a deux ans), son premier et unique amour, avec lequel elle partage de grandes joies.

Elle apparaît comme l'épouse parfaite, intelligente, attentionnée, belle et aimable, pianiste de talent dotée de toute la sensibilité que cet exercice artistique requiert. En évoquant sa vie, elle ne parvient pas à oublier les folles images qui se sont emparées de son esprit et la précipitent fréquemment dans des abîmes de panique. Ses troubles ont commencé le jour où elle a lu dans un journal qu'une femme (ne présentant aucun antécédent de folie homicide) avait soudainement poignardé à mort son mari, de nombreux coups de couteau. Un tel acharnement l'a conduite à s'interroger sur la possibilité qu'elle-même accomplisse un acte semblable. Depuis lors, malgré ses sentiments et ses réflexions rationnelles s'opposant à cette éventualité terrible, la peur de tuer son mari a pris possession de son esprit et ne la lâche plus.

Julie en a naturellement parlé à son mari, lequel a tenté de dédramatiser la situation, puis a été effrayé en voyant que les troubles anxieux de sa femme persistaient. La réaction du mari a confirmé Julie sur sa dangerosité potentielle, augmentant sa propre terreur d'un raptus homicide. Elle a alors suivi un lourd traitement médicamenteux, lequel n'a fait que calmer son anxiété sans pour autant faire disparaître sa phobie.

Je procède aux premières manœuvres thérapeutiques, après avoir « rassuré » Julie sur la nature de son trouble, qui affecte un nombre de sujets en augmentation, des personnes paniquées à l'idée de perdre le contrôle de leurs facultés mentales.

Je lui conseille alors de cesser de parler de son problème avec quiconque (mari, famille, amis, etc.), en invoquant le fait que l'évocation de son obsession ne fait qu'alimenter le problème. En effet, plus l'on parle d'une peur, plus elle devient réelle : parler n'est pas toujours thérapeutique (le silence est d'or, comme le dirait le bon

sens populaire). Pire, dans le cas d'une phobie, cela peut se révéler pathogène.

Julie accepte de procéder de la manière prescrite et de cesser de parler de son problème, sauf avec moi.

Je lui demande aussi de tenir le fameux journal de bord pour documenter ses épisodes critiques, puis de se soumettre à un exercice quotidien. Je lui pose la question suivante : « Que feriez-vous si vous souhaitiez augmenter votre problème plutôt que le réduire ? À quoi penseriez-vous pour le rendre plus aigu, plus violent ? Vous noterez quotidiennement tout ce qui vous vient à l'esprit, car pour redresser une chose, il faut d'abord apprendre à la tordre davantage ».

Julie reste interloquée et me dit qu'elle craint que cela ne la pousse à agir vraiment. Je lui souris et lui réponds qu'il s'agit-là d'un exercice théorique et non pratique.

Au rendez-vous suivant, Julie se présente avec son journal de bord, qui ressemble à une véritable encyclopédie tant ont été nombreux les épisodes de panique vécus ! Mais la jeune femme me raconte aussi que le fait de remplir son carnet lui a permis de tenir en respect les moments critiques. En revanche, il lui a semblé passer tout son temps à rédiger son journal de bord... Enfin, elle me dit ne pas être parvenue à réaliser le deuxième exercice, son esprit refusant catégoriquement d'évoquer les pires images possibles. Je lui fais alors remarquer qu'un tel processus est précisément tout le contraire de ce qui lui arrive chaque fois qu'elle rejette l'idée de la perte de contrôle. Cette simple remarque lui apparaît alors comme une découverte incroyable, capable de lui ouvrir de grandes perspectives.

Elle me demande alors : « Pour chasser mes obsessions, je devrais donc essayer d'en avoir encore plus ? ».

Julie a parfaitement compris le mécanisme.

Je lui réponds : « Oui, c'est tout à fait cela. Mais avant toute chose, vous devez apprendre à bien utiliser ce stratagème et vous devez vous y entraîner. Les fantasmes que nous évoquons s'évanouissent lorsque nous les touchons. Si nous fuyons, ils nous poursuivent et nous épouvantent mortellement. Mais il convient de faire quelques exercices pratiques pour apprendre ».

Après lui avoir fait admettre qu'elle est en fait victime de ses propres constructions, je lui prescris le rituel quotidien de la « demi-heure des pires craintes », procédure spéciale pour apprendre ce que Julie a elle-même découvert seule. Je lui demande aussi de continuer à tenir son journal de bord, qui l'aide à ne pas succomber à la panique.

Lors du troisième rendez-vous, Julie me raconte qu'au début, elle craignait d'appliquer le rituel quotidien des « pires fantasmes », mais que progressivement, en imaginant empoigner un couteau de cuisine ou verser de la strychnine dans un verre, loin d'être terrorisée, elle avait fini par sourire, comme on le fait en regardant un film ridicule... D'autre part, plus elle convoquait ses pires fantasmes, moins elle y parvenait ; plus elle s'efforçait de construire des scénarios terribles, plus elle élaborait des scènes heureuses, paisibles et sereines. Au cours de ses journées, elle avait poursuivi la rédaction de son journal de bord en notant les idées menaçantes qui l'agressaient mais elle avait remarqué que ces idées étaient beaucoup moins fréquentes : son carnet ne ressemblait donc plus à une encyclopédie ! Julie me confesse alors que sa situation s'est beaucoup améliorée mais qu'elle sait que le problème est encore présent.

Je lui demande alors de poursuivre sa thérapie par la convocation de ses pires craintes en cinq rendez-vous quotidiens à horaire fixe, sans s'isoler et en poursuivant une activité normale. Cette prescription constitue la phase supérieure de l'entraînement et doit s'effectuer sans bouleversement du rythme de vie quotidien.

Deux semaines plus tard, ma patiente me déclare se sentir parfaitement bien et ne jamais avoir eu recours à son journal de bord : les cinq rendez-vous quotidiens (« pires fantasmes ») ont été amplement suffisants pour éloigner le risque de crise. Toutefois, même si elle a parfaitement compris la stratégie adoptée, elle s'étonne toujours que la peur que l'on convoque volontairement soit aussi difficile à obtenir. Elle confesse se sentir – presque – capable d'affronter ses peurs.

Je lui propose alors de n'utiliser la « technique des pires fantasmes » que lorsque la peur se profile à l'horizon : au moment où elle ressent une sensation de panique, elle doit chercher à l'augmenter plutôt qu'à la réduire.

Je lui fais aussi remarquer comment, en un temps très bref, elle est parvenue à appliquer à la lettre les prescriptions qui ont permis de débloquer ses ressources personnelles, piégées par des mécanismes pathogènes qu'elle avait involontairement construits. En procédant ainsi, je rends Julie responsable des changements survenus, et je lui donne confiance dans ses propres capacités plutôt que dans des « prescriptions magiques ».

Au cinquième rendez-vous, Julie me dit qu'elle n'a vécu aucun épisode de panique : seules quelques images négatives ont effleuré de loin en loin son esprit, images qu'elle a éloignées rapidement en utilisant le procédé « augmenter pour mieux réduire ». Elle s'est sentie comme autrefois, avant que n'apparaisse son trouble : elle

cuisine à nouveau avec des couteaux effilés, elle se penche au balcon avec son mari sans angoisse, elle a oublié toute crainte d'être prise d'un raptus de folie... L'entretien se poursuit et je mets l'accent sur les capacités qu'elle a su démontrer pour renverser une situation dramatique et je souligne combien peu il a fallu pour obtenir beaucoup, en mettant en action ses ressources personnelles.

À la fin de la séance, je lui propose un dernier exercice (une sorte de conclusion idéale de son histoire), qui permettra d'« encadrer définitivement le tableau ». Cet exercice ne lui prendra d'ailleurs que quelques minutes par jour, pendant un mois. Je pose alors la question suivante à Julie : « Si vous souhaitiez défaire tout ce que nous avons réalisé ensemble, comment procéderiez-vous ? Si vous vouliez redevenir celle que j'ai rencontrée la première fois, comment vous y prendriez-vous ? ».

Julie me quitte en me disant qu'elle va y réfléchir.

La fois suivante, la jeune femme me dit qu'elle se sent parfaitement bien, comme si sa mauvaise passe n'avait jamais existé ou comme si elle n'avait fait qu'une sorte de cauchemar effrayant ; elle a d'ailleurs repris ses activités de pianiste à temps plein. À propos de la fameuse question posée à la fin de notre dernier entretien, elle me dit qu'il aurait peut-être suffi de recommencer à combattre ses doutes en tentant de les éloigner rationnellement : en recherchant la sécurité du contrôle absolu sur elle-même, elle pourrait retomber dans un piège mental. Elle me confie également avoir beaucoup pensé à notre thérapie et avoir acheté l'un de mes livres pour bien comprendre le processus appliqué. Enfin, elle me dit qu'elle a retenu tout particulièrement la phrase suivante : « Le secret, c'est qu'il n'y a pas de secret, et que la seule forme de certitude que l'on peut avoir est d'être certain de notre propre incertitude ». Pour elle qui avait conditionné toute sa vie

sur d'indiscutables certitudes, elle avait ressenti, après sa thérapie, une sorte d'« illumination zen » !

Cas N° 3 : l'hypocondrie rebelle

Un homme d'une cinquantaine d'années, accompagné de sa femme, entre dans mon cabinet et avant même de s'être assis, commence à « régurgiter » littéralement sa peur terrifiante d'être atteint de maladies mystérieuses.

Ingénieur de profession, le sujet craint de contracter une tumeur car ses activités professionnelles l'obligent à travailler dans des hôpitaux où sont soignés des malades du cancer. Comme tous les hypocondriaques, il sait pertinemment que sa phobie est irrationnelle sans pour autant parvenir à la maîtriser. Celle-ci le contraint à se soumettre à des analyses et à des contrôles médicaux à répétition pour traquer le moindre symptôme précoce. Après chaque résultat négatif, confirmé par un médecin de famille rassurant, sa sérénité est de courte durée : à l'écoute permanente de son corps et dès l'apparition du moindre « indice » physique, l'homme se relance dans sa course folle aux examens...

Sa femme, psychologue de formation, a tenté de le faire réfléchir sur l'absurdité de sa peur mais sans succès. Elle est ainsi devenue une simple consolatrice fidèle et une accompagnatrice zélée dans cette course aux examens médicaux. L'homme a tenté de prendre des anxiolytiques mais il confesse avoir également une peur phobique des médicaments et être incapable de suivre un traitement de longue haleine. Il parle aussi de ses tentatives de suivre une psychothérapie, toujours interrompue au bout de quelques séances seulement, persuadé qu'il est que les professionnels rencontrés

(pour lesquels il a peu d'estime) ne peuvent ni comprendre ses problèmes ni l'aider. Il me raconte à ce propos avoir consulté l'un des enseignants de sa femme, lequel lui a avoué au bout de quelques séances souffrir lui aussi d'hypocondrie et trouver tout à fait légitimes ses craintes et ses incessants examens cliniques...

Comme le lecteur l'a déjà compris, le cas n'est pas simple. Après avoir analysé la situation du sujet et pris en compte ses tentatives avortées de gestion du problème, je le contrains à collaborer à la thérapie en lui déclarant avec autorité que notre protocole est fondé sur un nombre maximum de dix séances pour résoudre le trouble. Au-delà de ces dix séances et en l'absence de résultats positifs, je me verrai dans l'obligation d'interrompre le traitement.

Cet accord, qui convient parfaitement au sujet dans la mesure où il lui donne l'illusion de contrôler l'efficacité de la thérapie, le met en fait dans la condition de ne pouvoir refuser aucune des prescriptions indiquées, même les plus illogiques ou banales.

Après ces « négociations », je lui donne mes instructions :

1. Pendant les deux semaines à venir, éviter impérativement tout contact avec un médecin ou un professionnel de santé et maintenir une sorte de « conjuration du silence » autour de son trouble. En d'autres termes, le sujet doit éviter d'évoquer son problème avec quiconque pendant les quinze jours à venir. Mais compte tenu de la rigueur de la prescription, il est autorisé, une fois par jour (pendant une demi-heure, le soir, après le dîner), à se plaindre de toutes ses peurs. Le temps imparti doit être scrupuleusement contrôlé au moyen d'un réveil et sa femme doit l'écouter en religieux silence.

2. Trois fois par jour (matin, midi et soir), le sujet doit se retirer dans sa salle de bain et noter devant son miroir, avec papier et crayon, toutes les sensations physiques ressenties, signes certains d'une quelconque pathologie en devenir, en indiquant le symptôme

et la maladie supposée correspondante. Le matériel réuni devrait se révéler très utile pour la thérapie dans la mesure où le sujet est devenu un véritable « expert » en la matière, capable de diagnostics sûrs.

Le patient et sa femme, tous deux étonnés par des prescriptions aussi étranges mais incontestables en raison de l'accord passé, quittent mon cabinet, légèrement étourdis...

Deux semaines plus tard, le couple revient, serein et souriant. Le mari me dit qu'il ne comprend pas comment son état a pu s'améliorer en si peu de temps : en effet, au bout de quelques jours seulement, ses inspections corporelles dans la salle de bain se sont soldées négativement, aucun symptôme concluant n'ayant pu être décelé. Quant à ses « jérémiades » du soir, elles se sont rapidement transformées en relation de ses activités quotidiennes. Naturellement, au cours des premiers jours, il avait noirci des pages et des pages d'indices menaçants (avec maladies correspondantes) que son organisme lui communiquait, et raconté sur la « scène théâtrale » mise à sa disposition le soir, après dîner, ses nombreuses pensées anxieuses, mais les choses s'étaient vite tempérées.

Sa femme me confirme les déclarations de son mari et parle de véritable « miracle », la plupart des problèmes s'étant évanouis comme « par magie ».

Sans leur fournir aucune explication, je demande au sujet de poursuivre sa thérapie en réduisant l'« oraison du soir » à quinze minutes et en limitant les inspections corporelles à deux séances seulement (en faisant sauter celle du midi). Le mari me remet ses relevés de symptômes et le couple quitte mon cabinet, non sans m'avoir lancé un drôle de regard comme pour me reprocher mon manque d'intérêt pour les améliorations « miraculeuses » obtenues.

Mon attitude de dédain apparent pour les résultats constatés est en fait une manœuvre thérapeutique visant à obtenir une collaboration encore plus étroite de la part d'un sujet aussi dubitatif à l'égard des psychothérapies. Me congratuler avec lui pour le succès des manœuvres thérapeutiques mises en œuvre aurait été contreproductif.

Au rendez-vous suivant, le couple semble encore plus satisfait : la situation s'est améliorée de manière spectaculaire. Lors de ses confessions du soir, le mari s'est très peu plaint, sauf à propos de problèmes professionnels ou de souci dans ses relations sociales. En me tendant ses pages de relevés de symptômes, le sujet me fait remarquer qu'il ne s'agit que de quelques « brouilles ».

Curieusement, le couple semble fort désireux de recueillir mes félicitations : il souhaite recevoir des marques de ma considération – voire ma bénédiction – pour le bon travail accompli mais une fois encore, je le congédie sans aucun commentaire, en demandant simplement au mari de limiter ses oraisons du soir à quinze minutes et ses inspections médicales à une seule séance (celle du matin).

Au quatrième rendez-vous, l'ingénieur et la psychologue se disent extrêmement satisfaits de la situation. Mais ils me demandent aussi des explications ! Et moi de leur demander à mon tour, souriant et disponible : « Ce qui a été accompli pendant ces deux mois, vous-mêmes, comment vous l'expliquez-vous ? ». Et ils commencent à me donner leur explication du changement obtenu et des stratagèmes employés, et je dois reconnaître que leur raisonnement est parfaitement satisfaisant. Je dois ajouter que je suis intimement persuadé qu'ils n'ont lu aucun de mes livres, redoutant d'influer négativement sur la thérapie engagée. Ils me disent aussi avoir compris l'apparent dédain dont j'avais fait preuve,

à chaque consultation, vis-à-vis des progrès « magiques » obtenus : « Vous nous avez frustrés pour obtenir plus, et c'était probablement le seul système que vous pouviez nous appliquer. Mais nous devons vous avouer que nous vous avons trouvé particulièrement irritant et antipathique ! ».

Ce cas est bien la preuve qu'il n'est pas nécessaire que les patients « aiment » leur thérapeute pour être efficacement soignés...

Cas N° 4 : mon cœur est fou

Je reçois en thérapie une femme d'une cinquantaine d'années, accompagnée de son mari, très inquiet pour elle ; c'est d'ailleurs lui qui l'a convaincue de venir me consulter. Il y a quelques années, cette femme a perdu son père d'un infarctus. Depuis, elle est habitée par la panique, convaincue de devoir mourir prochainement de la même manière. Elle passe tout son temps à écouter son cœur et à contrôler son pouls. Naturellement, son attention étant focalisée sur ses pulsations cardiaques, son cœur lui envoie des signaux menaçants qui ne manquent pas de déclencher une attaque de panique la menant régulièrement au service des urgences de son hôpital. Compte tenu de ses visites répétées aux urgences, elle est devenue la bête noire de tous les cardiologues du service, lesquels tentent désespérément de la rassurer, mais en vain. Et chaque fois, ma patiente exige inmanquablement un électrocardiogramme de contrôle...

On lui a prescrit un traitement à base d'anxiolytiques et d'antidépresseurs mais ces derniers n'ont fait que calmer ses réactions sans pour autant faire disparaître son obsession phobique. Pire encore, le traitement sédatif la fatiguant beaucoup, les crises de panique, motivées par la crainte d'un arrêt cardiaque brutal, ont

beaucoup augmenté. Ma patiente craint aussi bien l'accélération que le ralentissement de son rythme cardiaque car dans son schéma mental, ces deux possibilités sont synonymes de danger.

Je commence la thérapie en abondant dans son sens : en effet, une écoute attentive de notre corps, et plus particulièrement de notre cœur, organe vital par excellence, est une chose importante. Cependant, je lui fais remarquer que cette vigilance doit être effectuée de manière rigoureuse et précise afin que les relevés puissent être utiles. Je lui prescris alors une « méthode » particulière, à appliquer durant les deux semaines à venir.

En réalité, comme le lecteur l'a déjà compris, cette prescription poursuit un autre but que le simple relevé périodique des battements cardiaques : il s'agit en effet de semer dans l'esprit du sujet une idée conforme à ses perceptions mais capable d'en modifier l'équilibre pathologique. Je lui dis donc : « Pendant les semaines à venir, au début de chaque heure (à 8 heures, à 9 heures, à 10 heures, etc.), vous allez contrôler votre pouls, au poignet. Pour que le relevé soit pertinent, vous devrez le faire pendant une minute, puis attendre une minute, le refaire une deuxième fois, attendre de nouveau une minute, et le refaire enfin une troisième fois. Vous noterez toutes vos mesures dans un petit carnet afin d'obtenir un relevé précis du comportement de votre cœur. Le tout nous permettra de mettre en place une stratégie pour le tenir sous bonne garde ».

Je présente l'exercice comme une pratique à visée médicale (recueillir des informations sur son rythme cardiaque) mais en réalité, il s'agit d'une prescription hautement thérapeutique.

Le lecteur qui aurait quelques préoccupations à propos du bon fonctionnement de son cœur peut faire la même expérience (trois relevés par heure) et il ressentira très probablement les mêmes sensations que ma patiente...

Quinze jours plus tard, ma patiente revient et se dit hautement satisfaite : elle a scrupuleusement exécuté le relevé demandé, lequel l'a beaucoup rassuré car son cœur semble s'être comporté de manière parfaite. À la lecture des données de son carnet, je constate, en effet, que son cœur fonctionne très bien et que son pouls est très régulier. Ma patiente me dit également qu'elle a pu remarquer que son cœur était capable de revenir à des paramètres rassurants entre deux prises de pouls, avec une minute d'attente entre les relevés.

Pour la première fois depuis longtemps, la femme n'est pas allée aux urgences de son hôpital, ni consulter son cardiologue. Elle ajoute aussi, qu'au bout d'une semaine, elle avait trouvé fastidieux de prendre son pouls toutes les heures, compte tenu du fait qu'elle n'était plus préoccupée.

Je lui propose de poursuivre le relevé mais en se contentant d'un contrôle de trois fois toutes les deux heures.

Au rendez-vous suivant, ma patiente se présente calme, sereine et détendue : elle me confie qu'elle se sent parfaitement bien et que « curieusement », depuis un mois, son cœur semble être devenu « très sage ». Elle me dit aussi qu'elle a l'intime conviction que ma prescription ne se limite pas au simple recueil d'informations sur son rythme cardiaque... Je lui propose de continuer l'exercice (toutes les trois heures désormais) et de réfléchir au sens réel de ma prescription.

J'ai continué à voir cette patiente pendant quelque temps jusqu'à l'interruption totale de la prescription et la prise de conscience, de sa part, du but exact poursuivi par l'exercice : l'anéantissement de sa perception pathogène du rythme cardiaque. On pourrait dire qu'elle a « euthanasié » sa perception pathogène ou encore, pour utiliser le

langage des antiques stratagèmes, « frappé l'herbe avec un bâton pour en faire sortir les serpents »...

Cas N° 5 : la panique en avion avec claustrophobie

Il y a quelques années, j'ai eu la surprise de recevoir en consultation une personne que je connaissais et que j'appréciais : la propriétaire de mon restaurant préféré. Cette aristocrate italienne a transformé un merveilleux domaine familial sis dans les vertes collines toscanes, au centre d'un petit bourg médiéval, en un restaurant prestigieux, sobre, élégant, offrant une cuisine exquisite.

Cette restauratrice avait décidé de prendre rendez-vous avec moi pour résoudre un problème qui l'empêchait depuis des années de réaliser l'une des choses qu'elle appréciait le plus au monde : voyager. En effet, un beau jour, elle avait ressenti une peur inconnue à l'idée de prendre l'avion. Jusqu'alors, monter dans un avion pour séjourner dans des pays enchanteurs, trop éloignés pour être atteints autrement, ne lui avait causé aucun souci. Mais son handicap lui était venu après un long trajet aérien qui avait nécessité, pour des raisons techniques, un arrêt prolongé sur la piste d'un petit aéroport des Caraïbes. Elle et les autres passagers étaient restés coincés dans l'habitacle pendant de longues heures. Elle avait alors ressenti la sensation très désagréable d'être confinée dans un lieu exigu et clos, sans possibilité de s'en échapper librement : il s'agissait bien d'une agitation fébrile et d'une ébauche de crise de panique. Une fois les problèmes techniques résolus, les passagers avaient été autorisés à quitter l'avion et à gagner les salles de l'aéroport. Malheureusement, après quelques heures de repos, en « sécurité » selon ses propos, ma patiente avait dû

remonter dans son avion pour rentrer chez elle. Tenaillée par la peur, elle avait alors souffert l'enfer, demandé aide et protection à son mari qui était aussi du voyage et bu quelques verres de rhum bien tassés, puis plusieurs coupes de champagne pour calmer sa vive anxiété... Après cette expérience terrible, elle s'était refusée de monter dans un avion, renonçant ainsi, pendant des années, au plaisir du voyage et des vacances exotiques.

Mais ce renoncement, motivé à l'origine par la peur d'avoir une attaque de panique et de ne pouvoir descendre librement d'un avion, l'avait aussi conduite à développer la phobie de tous les lieux clos. Elle avait cessé de se rendre à la banque (et autres endroits avec sas de sécurité) et elle ne prenait plus l'ascenseur. En voiture, elle gardait la main sur la poignée de la portière et ne montait jamais à l'arrière des véhicules à deux portes. Enfin, depuis quelque temps, elle ressentait même des sensations menaçantes au milieu de la foule.

La restauratrice me confie alors qu'elle parvient assez bien à « gérer » tous ces handicaps : elle envoie ses proches à la banque, conduit elle-même sa voiture, se passe aisément des ascenseurs (ses propriétés familiales, datant du Moyen-Âge, ne possèdent pas ce type d'équipement) et évite la foule, qu'elle n'a jamais beaucoup appréciée. Mais le plaisir auquel elle ne souhaite plus renoncer, ce sont les voyages en avion car ses vacances exotiques lui manquent terriblement. Enfin, elle me dit qu'elle a déjà réservé des billets pour elle et sa fille et que je dois l'aider à la « faire monter » dans son avion pour qu'elle puisse profiter du soleil des Tropiques. En souriant, je lui demande combien de temps elle est prête à m'accorder pour l'aider à surmonter son problème. Je découvre ainsi que j'ai cinq semaines devant moi : cela me convient parfaitement car moins le patient a de temps pour surmonter son handicap, plus

grande est sa collaboration. Au contraire, plus le patient dispose de temps, moins grande est sa disponibilité : lorsque le problème ne le handicape que modérément, le sujet a tendance à reporter le moment de la confrontation.

Je dis donc à ma patiente que si elle souhaite vraiment prendre son avion, elle doit auparavant surmonter ses autres handicaps, qu'elle juge elle-même mineurs. Je lui demande de se soumettre à l'exercice quotidien des « pires craintes », pendant une demi-heure, en réfléchissant aux situations anxiogènes qu'elle souhaite affronter en premier.

Une semaine plus tard, mon aristocrate revient me voir et me déclare, qu'en dépit de ses efforts scrupuleux et constants, l'exercice n'a pas fonctionné : en effet, elle n'a ressenti aucune réaction de panique (ni même la moindre peur). Pourtant, elle s'est efforcée de convoquer ses « pires fantasmes » mais sans obtenir l'effet escompté.

Je lui explique que le résultat était bien celui attendu et que grâce à la maîtrise de cette technique, elle pourra désormais affronter les situations sciemment évitées car hautement redoutées.

La restauratrice me confie également que, sachant ses jours comptés avant le vol en avion, elle a décidé de passer immédiatement « de la théorie à la pratique » et d'affronter directement quelques-unes de ses peurs. Elle me raconte qu'elle est allée dîner au nouveau restaurant d'un confrère nouvellement étoilé – dont la cuisine l'a d'ailleurs déçue – accompagnée de deux amies et qu'elle est montée à l'arrière d'un coupé sans portes. Elle a donc voyagé dans un habitacle inconfortable, clos et exigu, sans pour autant ressentir la moindre panique (mais en prenant beaucoup sur elle avant de monter en voiture). Elle s'est également rendue à sa banque : devant le sas de sécurité, elle a hésité, prise d'un léger

vertige, mais un couple venant derrière elle lui a demandé, un peu brusquement, de se dépêcher d'entrer, et elle est entrée ! Elle était davantage choquée par la rudesse verbale de ce couple que terrorisée par l'idée de se trouver dans un lieu exigu et hermétiquement clos. Elle me confie que le sentiment d'humiliation avait fait fondre sa peur ; une fois entrée, elle avait attendu le couple impoli et l'avait apostrophé. Celui-ci lui avait répondu vertement et, indignée à l'extrême, elle s'était dirigée vers le guichet pour calmer sa colère.

Comme il arrive souvent, un événement fortuit peut aisément déplacer notre attention de la tentative de contrôle volontaire de nos réactions de panique vers d'autres sensations émotionnelles et faire ainsi s'évanouir la peur.

Je lui fais alors remarquer que sa réaction de colère a fait en sorte que son attention, tournée vers d'éventuels symptômes de panique, s'est portée sur l'échange verbal musclé, ce qui lui a permis de dépasser ses limites. L'aristocrate me répond alors qu'elle ne saurait se mettre à se disputer avec tout l'aéroport pour arriver à monter dans son avion.

Je lui réponds que l'important est qu'elle prenne en considération le fait qu'une simple joute verbale a été en mesure de dissiper ses peurs et que, donc, son problème est surmontable. Elle me répond alors, que vu sous cet angle, parfaitement nouveau pour elle, son problème acquiert une dimension bien différente. Je termine l'entretien en lui demandant de poursuivre la prescription quotidienne des « pires fantasmes » et je l'invite à se confronter à sa peur des ascenseurs : je lui propose de se placer devant un ascenseur et de penser, pendant cinq minutes, à ses pires craintes, puis de pénétrer dans l'ascenseur et d'attendre que ses portes se

referment automatiquement, puis d'appuyer immédiatement sur le bouton d'ouverture et de sortir de l'ascenseur.

La restauratrice accepte volontiers l'exercice dans la mesure où je lui demande de ne rester que quelques secondes dans l'ascenseur et non de le prendre.

Une semaine plus tard, ma patiente me déclare qu'elle a le sentiment que je me suis un peu moqué d'elle mais que les choses se sont bien passées. Ses doutes à mon égard lui sont venus avec l'exercice de l'ascenseur. En effet, après être entrée dedans et avoir attendu la fermeture automatique des portes, quelqu'un, à un étage supérieur, a appelé l'ascenseur et elle s'est donc retrouvée dans l'appareil en mouvement. Me maudissant mentalement, elle est montée quelques étages plus haut et une fois les portes ouvertes, elle n'a pas osé sortir de l'ascenseur par dignité. Elle est donc redescendue en compagnie de la personne qui avait appelé l'ascenseur. Si elle m'a mentalement couvert d'horions, c'est précisément parce qu'elle a compris que j'avais prévu la manœuvre mais elle reconnaît que celle-ci a évité à sa panique de se déclencher. Depuis cet épisode, elle prend régulièrement l'ascenseur sans peur ni panique. Tout en continuant à se rendre à sa banque.

Elle me dit également que s'exercer aux « pires fantasmes » possibles lui a permis – en imaginant par anticipation des situations menaçantes et leur évolution terrorisante – de les affronter avec sérénité : un peu comme si elle concentrait toute la possibilité de ses peurs dans ces fameuses cinq minutes quotidiennes, sans pour autant que ces cinq minutes soient douloureuses.

Cependant, l'avion reste pour elle une expérience menaçante. Et je lui réponds : « Pour l'avion, nous allons devoir faire quelque chose

de vraiment spécial. Et ce quelque chose, je vous le révélerai le jour précédant votre départ. En attendant, poursuivez vos cinq minutes des « pires fantasmes » chaque fois que vous en ressentirez le besoin et vous constaterez que, progressivement, « éteindre le feu en ajoutant du bois » deviendra toujours plus automatique ».

Le jour précédant le départ arrive : la restauratrice est vraisemblablement tendue et préoccupée mais elle me confirme que ses autres peurs sont derrière elle. Elle me confie aussi qu'elle sent qu'elle a retrouvé toutes ses capacités d'autonomie et qu'elle n'a utilisé le stratagème des « pires fantasmes » que de rares fois.

Je la félicite pour son respect scrupuleux de ma prescription et je m'affirme certain qu'elle en fera de même pendant son voyage en avion. Comme je l'avais avertie, l'exercice sera plus astreignant : « Demain, sur la route de l'aéroport, pensez aux « pires fantasmes » que vous évoquent le vol et la réclusion pendant de longues heures dans un lieu clos et exigü. Une fois vos bagages enregistrés, dirigez-vous vers la salle d'embarquement et observez attentivement les passagers qui attendent eux aussi leur vol. Essayez de capter les signes de peur qu'ils révèlent. Imaginez que vous êtes mon élève en psychologie et que vous étudiez les indicateurs non verbaux de la peur de l'avion. Faites particulièrement attention à certains instants-clés : le moment de monter à bord, le moment où les moteurs commencent à vrombir, le moment où l'avion roule sur la piste, le moment où il décolle, le moment où il atteint sa vitesse de croisière, etc.

Vous pouvez prendre des notes, à la manière d'un éthologue observant le comportement animal. Je vous conseille de procéder ainsi jusqu'au moment où vous vous sentirez détendue. Une fois arrivée à destination, téléphonez-moi pour me dire comment les choses se sont passées ».

Le jour suivant, j'ai reçu un appel enthousiaste : ma patiente n'avait ressenti aucun signe de peur ni de panique et elle s'était beaucoup amusée à observer les passagers : certains priaient en silence, d'autres exécutaient des sortes de rituels propitiatoires, d'autres encore présentaient des signes de nervosité extrême, etc. Ces observations l'avaient beaucoup intéressée et elle n'avait prêté aucune attention à elle-même. Comme le lecteur l'aura déjà compris, la prescription a permis à ma patiente de « sillonner la mer à l'insu du Ciel ». En déplaçant son centre d'intérêt sur une activité imposée et en l'empêchant de s'écouter, cet exercice a inhibé les éventuelles sensations de peur et la réaction pathogène du contrôle forcé.

Au retour de ses vacances, la restauratrice m'invite à un dîner de fête à sa table, avec dégustation de spécialités exquises. Sa cuisine utilise des ingrédients biologiques d'une grande fraîcheur, savamment combinés ensemble pour que chacun révèle son parfum et sa saveur propre : les plats sont présentés accompagnés de garnitures à base de légumes, choisis non pas pour leurs seules qualités gustatives mais également pour leurs couleurs et leurs caractéristiques esthétiques.

La restauratrice me dit à la fin du repas que le travail que j'ai fait avec elle ressemble plus qu'il n'y paraît à sa cuisine et à la présentation de ses plats : j'ai combiné savamment plusieurs éléments pour la conduire à ressentir des sensations agréables en lieu et place de sensations désagréables. Puis, me montrant un gros oignon rouge – dont elle sait que je déteste la saveur –, elle me confesse en avoir utilisé dans chaque plat salé que j'ai dégusté avec grand plaisir ! Mais elle a « travaillé » et « dosé » l'oignon rouge avec tant de talent que, non seulement je n'en ai pas reconnu la saveur, mais que j'en ai grandement apprécié le goût...

Cas N° 6 : la crainte de se tromper et la compulsion du contrôle

Je reçois une jeune femme, accompagnée par son mari et sa mère : elle s'assoit entre eux, comme une enfant entre deux adultes. Et c'est la mère qui lance la conversation, en affirmant que la « pauvre » Marthe n'a jamais vraiment été bien. Depuis l'enfance, elle souffre de différents troubles traités par de nombreuses thérapies. La vieille dame, très digne et parfaitement maîtresse d'elle-même, me dresse la liste des problèmes rencontrés par sa fille, à la manière d'un rapport de police, en respectant l'ordre chronologique. Dès l'âge de huit ans, Marthe a manifesté différentes phobies et obsessions : elle répétait continuellement des formules verbales sans queue ni tête et procédait à d'étranges rituels avec différents objets. Les pédopsychiatres qui l'ont examinée lui ont diagnostiqué un trouble autistique, une grave forme de psychose infantile, et prescrit une thérapie familiale associée à une thérapie personnelle, les deux poursuivies pendant cinq ans. Mais ces deux traitements n'ont donné que peu de résultats. Puis Marthe a développé une anorexie sévère, à l'âge de treize ans. Les obsessions et les compulsions phobiques précédentes ont été remplacées par un refus total de la nourriture et par une obsession de la maigreur. La situation a motivé plusieurs séjours à l'hôpital, avec alimentation forcée car le poids de Marthe était tombé en dessous de 40 kilogrammes.

Parallèlement, l'adolescente a été suivie par des psychiatres et des psychothérapeutes. À l'âge de vingt ans, Marthe rencontre Jules, son actuel mari, qui est aussi le frère de l'une des patientes anorexiques soignées à l'hôpital. Les deux jeunes gens ont eu un coup de foudre réciproque et Marthe, au bout de quelque temps, s'est libérée de son problème d'anorexie. Malheureusement, l'état

de grâce et la passion amoureuse ont été de courte durée et Marthe a développé une nouvelle obsession généralisée, celle du contrôle incoercible de toutes les actions comportant une forme de responsabilité : contrôle de la fermeture des portes, des robinets d'eau et de gaz avant de s'endormir ; contrôle des tickets de caisse, des factures et des fadettes des cartes de crédit ; contrôle routier (pour être certaine de ne pas avoir renversé un piéton) ; contrôle de la bonne hygiène de la maison (ménage obsessif, à répétition) ; contrôle de la constance de l'amour conjugal ; contrôle du bien fondé de certains échanges avec sa mère ; etc. Bref, la vie de la « pauvre » Marthe est devenue terriblement compliquée.

Après l'exposé détaillé dressé par la mère, confirmé silencieusement par la fille, le mari prend la parole. Je remarque que son comportement est typique des personnes habituées de longue date à se sacrifier pour protéger et soutenir des familiers « malades » (sa sœur lutte toujours contre une anorexie persistante et s'appuie beaucoup sur son frère). Le mari, donc, m'explique ce qu'il fait pour aider Marthe. Il me confie que sa femme prend des anxiolytiques (sans résultat) depuis des années et que lui-même s'est opposé à un traitement à base de micro-convulsions électriques (variante moderne des anciens électrochocs).

Au cours des derniers mois, Marthe a tenté une thérapie de type cognitivo-comportemental mais elle semble incapable de mettre en place les prescriptions de contrôle rationnel et de réduction progressive de ses compulsions.

Je parviens enfin à faire parler la patiente et à procéder à mon enquête sur les modes de persistance du problème. Les réponses obtenues à mes questions me confirment à quel point Marthe est sous la dépendance totale de son mari et de sa mère, laquelle, pour

calmer et rassurer sa fille, procède fréquemment aux contrôles à ses côtés.

La première chose qu'il m'apparaît nécessaire pour résoudre les problèmes de la jeune femme est de changer la dynamique d'interaction avec ses familiers qui semble alimenter la situation plutôt que la résoudre, dans la mesure où elle confirme perpétuellement à Marthe ses incapacités.

Ce faisant, je dois toutefois veiller à ne pas blesser ses proches, qui pourraient se sentir coupables : une telle réaction ne manquerait pas d'alimenter leur résistance au changement plutôt que leur collaboration thérapeutique. Mari et mère, tout en agissant au détriment de Marthe, le font avec les meilleures intentions face à la souffrance ressentie par leur proche. Et je suis persuadé qu'ils ne méritent aucun reproche, aucun procès, aucun jugement, comme il arrive trop souvent dans de telles situations.

C'est pourquoi je les félicite de tous les efforts déployés pour contrer « le mal obscur » qui poursuit Marthe et je leur confirme que, dans ma prise en charge de la patiente, j'ai besoin plus que jamais de leur collaboration.

En d'autres termes, je les investis du rôle de co-thérapeutes et je leur demande, pour aider Marthe, d'éviter d'évoquer ses problèmes jusqu'à notre prochain rendez-vous et surtout de ne plus la seconder dans la mesure où cette aide ne fait que la confirmer dans son invalidité.

Quant à Marthe, je lui demande de ne pas s'opposer à ses rituels et de s'y abandonner autant que de besoin.

Je lui demande toutefois d'y ajouter une petite variante : répéter cinq fois chaque rituel de contrôle.

« Marthe, à partir d'aujourd'hui et jusqu'à notre prochain rendez-vous, chaque fois que vous procéderez à l'un de vos contrôles, vous

devrez le répéter cinq fois. Pas une de plus, pas une de moins. Vous pouvez n'en faire aucun mais si vous en faites un, vous devrez le répéter cinq fois de suite ».

Cette injonction, avec répétition, est formulée pour permettre l'augmentation de l'effet suggestif. Je dois préciser au lecteur que cette technique, mise au point il y a maintenant plusieurs décennies et appliquée avec succès à des milliers de cas de personnes atteintes de trouble obsessionnel et compulsif, doit – pour être efficace et suivie scrupuleusement par les patients – être prescrite en utilisant un langage très suggestif, voire hypnotique.

Bien que surprise et dubitative, Marthe accepte l'exercice, et son mari et sa mère me confirment leur disponibilité totale.

Deux semaines plus tard, je reçois de nouveau Marthe et sa famille mais cette fois, je demande à parler seul à la jeune femme, dans un premier temps.

Cette demande doit permettre à Marthe de se sentir responsable de la thérapie. Elle me dit apprécier ma démarche dans la mesure où elle n'est pas habituée à être responsabilisée et valorisée. Assise dans son fauteuil, la jeune femme arbore un beau sourire et me dit qu'elle a scrupuleusement réalisé l'exercice demandé, lequel a provoqué d'étranges effets. Après quelques jours de « torture » volontaire, durant lesquels elle a répété cinq fois de suite chaque rituel de contrôle, ce besoin de contrôler toutes ses actions s'est fait moins impérieux. Mieux encore, ces contrôles ont commencé à tellement lui peser, que pour éviter leur répétition, elle a spontanément limité ses actions. Cela l'a naturellement beaucoup surprise car depuis de nombreuses années, ses compulsions incoercibles la poussaient à un nombre très élevé de contrôles, souvent supérieur à cinq.

Je lui dis que bientôt, je lui expliquerai un certain nombre de choses mais que pour l'instant, je la félicite d'avoir scrupuleusement observé mes indications (pourtant difficiles à suivre) et je lui demande d'augmenter le « dosage » de la consigne. Chaque fois qu'elle effectuera un rituel, il lui faudra le répéter sept fois de suite (et non plus cinq) ou bien ne pas l'entreprendre du tout. Marthe accepte de bonne grâce ma prescription. Je fais alors entrer le mari et la mère, lesquels me confirment l'amélioration de l'état psychologique de Marthe, qui s'est débrouillée seule, pour la première fois depuis de nombreuses années. Je les remercie pour leur collaboration et leur demande de maintenir le cap : observer sans intervenir pour donner la possibilité à la jeune femme de mettre à profit ses capacités personnelles.

Quinze jours plus tard, Marthe revient me voir et, souriante, me raconte que très souvent, pour éviter les sept contrôles, elle a évité de commencer un rituel. Elle a même oublié certains de ses rituels, sans effort particulier. Elle se sent beaucoup moins effrayée par son quotidien et l'idée de ne pas procéder à un contrôle (dont l'absence serait susceptible de provoquer un drame de sa responsabilité) n'a entraîné aucune panique, comme c'était autrefois le cas. Elle manifeste une vive curiosité pour mes surprenantes méthodes et me demande si elle peut lire l'un de mes ouvrages. Je lui réponds, comme je le fais souvent, que pour moi, « le secret est qu'il n'y a pas de secret » et je la laisse entièrement libre de lire mes livres : elle peut agir sans crainte, leur lecture n'aura aucun effet négatif sur la thérapie, mieux encore, elle pourrait l'améliorer.

Ma réponse est motivée par le désir d'augmenter les ressources et les capacités de Marthe dans la prise en main du travail en cours, afin d'améliorer la perception de sa propre compétence. Je termine l'entretien en lui demandant d'augmenter le « dosage » de sept à dix

répétitions en cas de contrôle rituel. Je la reconduis dans la salle d'attente et salue son mari et sa mère, que j'ai tenus totalement en dehors du rendez-vous.

Au quatrième entretien, Marthe n'est accompagnée que de son mari : sa mère est restée à la maison car le couple a décidé de s'offrir quelques jours de vacances à l'issue du rendez-vous. La jeune femme me dit qu'elle considère ce voyage en couple comme un réel progrès car les époux avaient renoncé à partir en amoureux depuis très longtemps en raison de la terreur de Marthe à l'idée de s'éloigner de lieux familiers, rassurants et contrôlables. Jusqu'alors, se déplacer impliquait pour elle une augmentation vertigineuse de sa peur et des rituels de contrôle, mais aujourd'hui elle se sent suffisamment sereine pour l'envisager : mieux encore, elle souhaite s'éloigner de ses lieux « rassurants ». Elle a également pu constater que ses contrôles rituels ont baissé de 90 pour cent environ ; sa phobie semble s'être presque totalement dissipée. Lorsqu'elle a été contrainte, comme la prescription l'exigeait, de répéter un contrôle rituel dix fois de suite, elle a été en colère contre elle-même et s'est sentie vraiment « stupide ». Enfin, après la lecture de l'un de mes ouvrages, elle a compris le mécanisme de la thérapie que je lui faisais suivre : « faire grimper l'ennemi sur le toit, puis retirer l'échelle ».

Je ne revois Marthe en consultation qu'un mois plus tard, une mauvaise grippe l'ayant contrainte à garder le lit. La jeune femme est parfaitement souriante et me dit que, malgré son état de santé, elle n'a plus manifesté aucun besoin de contrôle rituel. Il lui semble au contraire s'être enfin réveillée d'un horrible cauchemar.

La thérapie se poursuit de loin en loin, tandis que Marthe réduit son traitement médicamenteux. Je peux ainsi contrôler l'absence de retour des troubles ou d'apparition de nouveaux troubles. Plus rien n'est venu perturber la bonne santé psychologique de Marthe : pour preuve de sa rémission, la jeune femme a décidé de travailler dans l'entreprise paternelle, où la création d'un poste de coordinatrice et d'économe s'est révélée nécessaire. L'entreprise en question travaille à l'international, emploie plusieurs centaines de personnes et enregistre un chiffre d'affaires en millions d'euros. Marthe, atteinte autrefois de la phobie de la responsabilité et sujette aux crises de panique les plus violentes en raison de sa peur de se tromper, n'a pas hésité à se lancer dans un emploi avec de grandes responsabilités, ce qui constitue la preuve éclatante de sa totale guérison. Au cours de notre dernier rendez-vous de contrôle, un an après le début de sa thérapie, Marthe m'a confié que ce qui la terrorisait autrefois – la responsabilité – est aujourd'hui une source de satisfaction car elle se vit désormais comme une personne capable, pleine de ressources, des qualités qu'elle n'imaginait pas posséder.

Cas N° 7 : ces terribles rides qui n'existent pas

L'un de mes collègues au Centre de Thérapie d'Arezzo me demande de recevoir sa fille qui souffre de dysmorphophobie. Il me consulte d'abord seul pour s'assurer que ce cas relève bien de mes compétences, sa fille ayant tenté de nombreuses thérapies sans succès. Il s'agit d'une jeune fille (prénommée Grace) qui se plaint depuis plusieurs années d'être « enlaidie » par de nombreuses rides situées autour des yeux. Bien que convaincue de l'absence totale du défaut « diagnostiqué » par sa fille (il s'agit en fait de plis

d'expression naturels autour de ses grands yeux), sa mère, esthéticienne, a donné à Grace des crèmes antirides, des masques et autres cosmétiques afin de la rassurer et de la tranquilliser. Mais cette démarche n'a fait que convaincre la jeune fille de l'existence du problème : loin de la rassurer, l'utilisation des cosmétiques a radicalisé l'obsession si bien que la jeune fille réclame aujourd'hui une intervention de chirurgie esthétique correctrice. Son père a catégoriquement refusé mais sa mère, toujours désireuse de répondre aux souffrances de sa fille, l'a emmenée chez un grand chirurgien esthétique. Ce désaccord entre parents a d'ailleurs entraîné une crise conjugale profonde. Le chirurgien consulté, fidèle à la déontologie, a refusé d'opérer la jeune fille en lui expliquant que ses « rides » d'expression étaient parfaitement naturelles et encadraient, en le soulignant, son splendide regard. La jeune fille a refusé le diagnostic médical et porte désormais, pour cacher son terrible défaut, des lunettes noires en permanence. Progressivement, elle s'est également isolée des jeunes de son âge, en mettant en place, pour éviter les crises de panique, une stratégie d'évitement des regards rapprochés. Naturellement, ces deux méthodes dysfonctionnelles pour affronter le problème ont conduit à l'exaspération de l'obsession et à l'isolement relationnel.

Grace accepte de me rencontrer à la condition que, si la thérapie échoue, ses parents l'autoriseront à se faire opérer. Le lecteur comprendra aisément que la jeune fille a tout intérêt à me voir échouer, convaincue comme elle l'est que seul le bistouri pourra résoudre son problème esthétique.

Mais l'attitude de refus de la jeune fille – qui va tenter par tous les moyens de boycotter ma thérapie – sera utilisée comme ressource thérapeutique.

Grace vient en consultation « équipée » de ses lunettes noires et je me garde bien de lui demander de les retirer. Je lui cite alors la fameuse phrase de Sénèque : « Tout ce qui peut être cru existe vraiment ». Pour moi, son problème est réel. Au terme d'une longue discussion, Grace accepte d'essayer de suivre mes indications, convaincue de n'avoir rien à perdre. Le seul risque qu'elle court est d'en tirer avantage.

Ma première prescription est pour elle une « insupportable torture », qui va l'obliger à se confronter à son terrible défaut physique ; quant à ma seconde prescription, elle la considère comme une « naïve fantaisie ». Mais elle accepte de s'y plier sur la base du contrat passé avec ses parents : si ma méthode échoue, elle pourra subir une intervention de chirurgie esthétique.

Voici mes prescriptions :

- 1. « À partir de maintenant et jusqu'à notre prochain rendez-vous, vous devrez contrôler vos rides devant un miroir trois fois par jour pendant 10 minutes (matin, midi et soir). En portant une attention soutenue à leur progression éventuelle et à leur augmentation ».
- 2. « Chaque matin, vous vous poserez la question suivante : si par miracle mes rides avaient totalement disparu pendant la nuit, qu'aimerais-je faire de ma journée ? Parmi toutes les choses qui vous viendront à l'esprit, choisissez la plus petite et faites-la. Et vous m'apporterez, notées dans un carnet, toutes les petites choses que vous avez réalisées, comme si le miracle s'était vraiment produit ».

Au rendez-vous suivant, Grace me dit que le contrôle de ses rides a été un exercice insupportable car cela n'a servi à rien : une pure perte de temps et d'énergie.

Mais le fait de se regarder quotidiennement dans un miroir, opération qu'elle évitait sciemment depuis longtemps pour ne pas déclencher de crise douloureuse, n'a provoqué aucune réaction d'anxiété ou de panique. Comme elle devait passer 3 fois 10 minutes devant son miroir chaque jour, elle a commencé à faire des essais de maquillage. Elle a utilisé des brillants à lèvres, du fond de teint et des ombres à paupière dans l'idée de dissimuler son défaut grâce aux cosmétiques.

Quant à la seconde prescription, elle l'a réalisée en se concédant quelques brèves sorties avec sa mère pour faire du shopping. Elle a rencontré quelques amis et grâce aux lunettes noires et au maquillage, elle s'est sentie relativement protégée. Elle n'a souffert d'aucune crise de panique ni d'aucune envie incoercible de fuite. Mais elle me déclare que mes prescriptions et ses méthodes de « camouflage » ne sont que des artifices pour cacher la dure et crue réalité : ses insupportables rides autour des yeux. Elle va jusqu'à me confier que ses rides se voient d'autant plus que ses yeux sont très grands (et très beaux) ; les gens ne peuvent donc pas, « malheureusement », ne pas remarquer son défaut.

Rien d'étonnant à ces propos : souvent, les personnes piégées par une phobie transforment une caractéristique positive en condamnation. Je lui propose alors, avant d'adopter une solution radicale (l'intervention chirurgicale), d'utiliser à son avantage le fait que les gens soient attirés par son regard en mettant en valeur, grâce au maquillage, la couleur et la profondeur de ses yeux : en procédant ainsi, les gens regarderont ses yeux et ne verront plus ses rides.

Je lui dis aussi, qu'en tentant de dissimuler son problème sous des lunettes noires, elle ne fait que provoquer la curiosité des autres, qui ont probablement envie de la scruter avec instance. Et ces

regards appuyés leur permettent probablement de distinguer ses rides. Mon argument l'intrigue et elle cherche à mieux comprendre :

« Vous êtes en train de me dire que mon système pour masquer mon défaut le rend en fait plus évident ? Et que les gens, rendus curieux par le port de lunettes noires, tentent de savoir pourquoi je le fais ? ». Je réponds ainsi à sa question « éclairée » : « Exactement ! Masquer quelque chose, c'est le rendre évident. Au contraire, pour mieux dissimuler quelque chose, il faut le faire sans avoir l'air de le faire, à la manière des prestidigitateurs. Mieux encore, il faut détourner l'attention de l'observateur sur d'autres détails de manière à cacher ce que vous ne voulez pas qu'il voie ».

Son regard s'anime et elle me dit en souriant : « J'ai vraiment été stupide ! Au lieu d'arranger les choses, je les ai aggravées ! ».

Après avoir obtenu ce changement de perspective, je l'invite à tenter quelques expériences de maquillage (pour accentuer la beauté et la profondeur de son regard et dissimuler son « défaut »), puis à vérifier l'efficacité du résultat auprès de quelques amies. Et je l'incite à poursuivre l'exercice du « miracle » matinal et à réduire la « torture » du miroir à un seul contrôle des rides par jour.

Au troisième entretien, Grace se présente sans lunettes noires et maquillée avec grand art. Ses yeux sont extraordinaires et son visage est un chef-d'œuvre. Elle me confie qu'elle a beaucoup pensé à notre précédente conversation et que mes prescriptions et mes réflexions lui sont apparues particulièrement pertinentes, dans l'attente de l'opération. La jeune fille a demandé aide et conseil à sa mère, esthéticienne, pour mettre au point son maquillage spécial (« comment mettre en valeur pour mieux dissimuler »). Cette activité l'a beaucoup occupée mais aussi amusée et distraite de son problème tant et si bien que parfois, elle l'a même oublié. Elle s'est sentie plus détendue et moins torturée.

Comme nous étions convenus, elle a vérifié l'efficacité de notre stratagème en invitant chez elle quelques amies qu'elle ne fréquentait plus depuis plusieurs mois et qu'elle a reçues sans lunettes noires et sans leur révéler son intention. Ses amies ont trouvé son maquillage superbe et lui ont témoigné sympathie et amitié.

Forte de ce premier succès, Grace a poussé son avantage en allant faire des courses (avec sa paire de lunettes dans son sac, à tout hasard) : elle a pu constater que les gens ne regardaient pas ses épouvantables rides mais son aspect général. Cette expérience agréable l'a rendue plus sûre d'elle-même et de ses atouts physiques et incitée à renouer avec une vie sociale abandonnée depuis longtemps.

Le matin, en se soumettant à l'exercice de la disparition « miraculeuse » de son problème, elle a souvent pensé au fait de renouer avec une vie sociale plus riche (et même de tomber amoureuse). Elle me dit également qu'elle aimerait reprendre ses études, abandonnées en raison de son problème, et s'inscrire à l'université.

Enfin, en contrôlant ses rides dans le miroir une fois par jour, elle n'a pas ressenti de désespoir particulier, forte du fait qu'elle possède désormais un système efficace pour calmer ses angoisses. En d'autres termes, elle m'explique qu'elle est parvenue à construire avec moi un bon palliatif lui permettant de réduire ses souffrances dans l'attente de la solution définitive (l'intervention).

Mais mes intentions sont bien différentes car je souhaite, pour ma part, contrer progressivement sa perception faussée d'elle-même au moyen de la récupération d'une relation positive avec sa propre image et avec les autres.

Pour soulager sa souffrance et l'aider à mieux supporter sa condition, je l'invite donc à poursuivre les prescriptions élaborées au fil des rendez-vous. Je lui demande également de noter quels sont les moments de la journée durant lesquels elle a le « sentiment » que son problème s'est évanoui.

Lors de l'entretien suivant, Grace me confie qu'elle a vécu deux semaines d'intense activité : elle a fréquenté beaucoup d'amis, fait de nouvelles rencontres, toujours sans lunettes noires mais en conservant sa paire près d'elle, par précaution. Elle a eu le plaisir de constater qu'elle était très appréciée par son entourage amical, voire courtisée par quelques-uns des jeunes gens nouvellement rencontrés. Elle s'est sentie vraiment beaucoup mieux et s'est rendue compte qu'elle n'avait pas vraiment pensé à son problème « comme si » celui-ci était vraiment derrière elle.

Elle continue de se maquiller mais ses soins se sont étendus au reste du corps, si bien qu'elle a décidé de s'inscrire, avec une amie, dans une salle de sport. Elle me confie qu'elle souhaite distraire encore davantage l'attention des autres en mettant l'accent sur un corps plus harmonieux.

À ce point de la thérapie, ce que Grace ignore encore, c'est que le stratagème du « mettre en évidence pour mieux dissimuler » qu'elle utilise pour les autres fonctionne aussi bien, voire mieux, sur elle-même. Le fait d'avoir déplacé son attention de ses « rides » à la méthode utile à la dissimulation de son problème lui a permis de mettre en valeur ses atouts physiques ; puis, en demandant à la jeune fille de se comporter « comme si » son problème s'était évanoui, son auto-perception s'est modifiée, à son insu.

La thérapie se poursuit, se fondant sur l'idée implicite qu'elle n'est qu'un palliatif avant la solution chirurgicale. Grace me confirme,

au cours des rendez-vous suivants, que son état psychologique s'améliore de jour en jour et que, pour son plus grand bonheur, elle a renoué avec une vie sociale nourrie. Elle me dit qu'elle est devenue très forte dans l'usage de « la mise en valeur pour mieux dissimuler » et dans la pratique du « comme si » le miracle s'était produit. Elle reconnaît que, le plus souvent, elle se sent « comme si » le problème était déjà résolu. Je lui rappelle alors la phrase de Sénèque (« Tout ce qui peut être cru existe vraiment ») et elle me dit qu'elle la comprend, non pas comme la première fois, mais dans une perspective bien différente. Je poursuis l'entretien par la question suivante : « D'après vous, Grace, quelles sont les choses qui changeraient dans votre vie, à la lumière de ce qui a déjà changé, avec l'intervention chirurgicale ? ». La jeune fille reste un moment silencieuse, réfléchit, puis me dit : « Peut-être rien, dans la mesure où, depuis quelques mois, je vis « comme si » le problème avait disparu. Mais je me sentirai plus sûre de moi ». Je lui réponds alors : « Vous ne croyez pas que l'opération risquerait de remettre l'accent sur ce que vous avez si bien appris à dissimuler ? ». Et Grace de répondre : « J'ai fait tout ce que j'ai accompli avec l'idée de me faire opérer mais je dois reconnaître que si maintenant j'allais voir un chirurgien esthétique, je risquerais de dévoiler à tout le monde ce que personne ne voit plus. En parlant avec vous, ici, c'est comme si j'avais peur de l'opération, comme si elle pouvait me faire reculer plutôt que me faire avancer. Je dois y réfléchir ! ». Je la quitte en l'invitant à bien réfléchir aux risques de l'intervention chirurgicale.

Deux semaines plus tard, Grace m'annonce que son état est tellement satisfaisant qu'elle ne prendra pas le risque d'aller voir un chirurgien. Elle a décidé de garder cette possibilité pour plus tard, pour le jour où le risque de rendre évident ce qui est aujourd'hui si bien dissimulé n'existera plus. En renvoyant à plus tard, dans un

futur sans risque, la correction chirurgicale, Grace a poursuivi son évolution positive : elle s'est inscrite à l'université (en psychologie, d'ailleurs) et s'est investie dans une relation amoureuse satisfaisante, après quelques flirts.

Plusieurs mois plus tard, elle revient en consultation et me dit que ses petites rides sont très bien où elles sont, vu qu'elle vit « comme si » elles n'existaient pas.

C'est Blaise Pascal qui nous a enseigné la technique du « comme si », invitant les chrétiens assaillis par le doute à aller à l'église et à honorer les sacrements « comme s'ils » croyaient : grâce à ce procédé, leur foi n'aurait su tarder à se ranimer.

Cas N° 8 : la phobie du jugement

Un jeune homme vient me voir en consultation ; il semble très inquiet, regarde soupçonneusement autour de lui avant de s'installer, puis passe en revue toute la pièce et ses objets. Il me dit alors, par phrases hachées, qu'il souffre de « phobie sociale », diagnostic posé par les nombreux spécialistes consultés sans pour autant que son trouble ne se dissipe. Lorsque je lui demande de me donner quelques explications sur ses craintes et des exemples de manifestations de sa phobie sociale, il me répond qu'il a le sentiment d'être toujours l'objet du jugement des autres. Il se sent aussi rejeté en permanence car, selon lui, les gens, après l'avoir observé, comprennent immédiatement qu'il est une personne à problèmes qu'il vaut mieux ne pas fréquenter. Lorsqu'il tente de dissimuler son embarras et sa fragilité, il a le sentiment que les autres les perçoivent davantage encore. Son malaise se traduit par de l'anxiété, des rougeurs au visage, de la transpiration excessive et sa seule échappatoire est alors la fuite. Il a souvent tenté de résister

mais toujours sans succès. Aujourd'hui, pour calmer son mal-être, il a choisi l'isolement social. Il vit désormais reclus et lorsqu'il est contraint de sortir, il évite tout contact avec les autres.

Il est venu très en avance au rendez-vous et comme je suis toujours en retard pour mes consultations, il a dû patienter dans ma salle d'attente avec d'autres personnes. Je lui demande alors comment il a fait pour résister durant ces longues minutes au contact avec d'autres gens. Il me répond qu'il a fait semblant de lire des magazines, la tête baissée, en lançant toutefois fréquemment des regards autour de lui pour contrôler la situation. Ce qui l'a le plus gêné est la présence de deux jeunes filles (très belles) qui discutaient à bâtons rompus. À plusieurs reprises, il a cru être le sujet de leur conversation et l'objet de leurs moqueries.

Après avoir recueilli des informations sur ses échecs thérapeutiques, je lui propose une petite histoire : « Un homme entre dans un café très fréquenté ; immédiatement, il est convaincu que tous les gens présents médisent de lui. Il circule entre les tables avec méfiance, sur ses gardes, et vérifie de droite et de gauche si un danger ne le menace pas. Les gens dans le café, qui s'occupaient de leurs affaires, voient entrer une personne qui les regardent « d'un sale œil », soupçonneux et méfiant, et ils se disent : « Mais que nous veut donc cet homme ? » Leur réaction est une réponse sur le même ton. C'est ainsi que notre homme a la confirmation du rejet – voire de l'aversion et du mépris – de la part de son entourage ».

Mon patient me regarde et s'exclame : « C'est tout à fait moi ! C'est ce qui m'arrive en permanence ! Mais je n'ai jamais vu les choses dans cette optique. Vous dites, donc, que c'est moi qui établis cette relation hostile ? ».

Je lui réponds : « Je ne dis pas que vous construisez volontairement ce que vous subissez ; je vous ai juste proposé une

vision alternative de la situation, que nous allons devoir valider. Je vous propose de faire une expérience avant notre prochain rendez-vous. Chaque jour, vous allez vous rendre dans un endroit différent, fréquenté par des gens que vous connaissez ou que vous ne connaissez pas, et vous allez vous poser la question suivante : « Comment me comporterais-je avec ces personnes « si » j'étais sûr d'être considéré comme quelqu'un de bien ? ». Une fois cette question posée, mettez en acte votre réponse. Attention, il ne s'agit que d'une petite expérience quotidienne mais elle pourrait nous faire mieux comprendre le fonctionnement de votre problème ».

Le jeune homme me quitte, souriant.

Mon patient se présente au rendez-vous suivant, confiant et détendu, et me raconte, volubile, comment se sont passées ces deux semaines écoulées. Lorsqu'il a quitté mon cabinet, il a eu une sorte d'« éclair de génie » : s'il s'était senti une personne désirable et aimable, il aurait souri aux deux jeunes filles de ma salle d'attente. Et c'est ce qu'il a fait. En retour, les deux jeunes filles lui ont souri et lui ont demandé comment s'était passé l'entretien. En discutant, il s'est rendu compte qu'elles devaient prendre le même train que lui, et ils ont décidé de s'attendre à la gare et de prendre un café. Ils ont fait ensemble le voyage de retour, discutant avec plaisir durant tout le parcours.

Mon patient a vécu cette expérience comme si une « main sacrée » s'était posée sur son épaule pour le rendre enfin capable de s'affranchir de son trouble. Au cours des jours suivants, il a scrupuleusement suivi ma prescription et, à sa grande surprise, il a découvert qu'il ne s'était senti rejeté dans aucun des lieux fréquentés. Il est même retourné au club de tennis qu'il fréquentait adolescent et où, jeune homme, il avait été moniteur pendant deux ans. C'est justement là, qu'à la suite d'un différend avec le directeur

et certains de ses collègues, il avait développé cette sensation permanente de rejet social. À sa grande surprise, il y a été accueilli chaleureusement par les personnes présentes, comme une sorte de « fils prodigue » enfin de retour. La chose lui a fait tellement plaisir qu'il en a été ému aux larmes.

Nous discutons longtemps des sensations ressenties pendant ces deux semaines et il me raconte qu'il lui semble être revenu d'un long et terrible voyage, un peu à la manière d'Alice aux pays des Merveilles.

Bien qu'il se sente beaucoup mieux, il me confie craindre encore fortement le jugement des autres et redouter de retomber dans ses anciennes peurs. En d'autres termes, s'il a compris avoir plus ou moins été à l'origine de son rejet par autrui – ce dont les deux semaines écoulées lui ont apporté la preuve –, il reste dans la crainte de ne pas mériter l'estime des autres.

Je lui réponds que son sentiment d'insécurité me semble tout à fait raisonnable et que désormais, il doit gagner l'estime des autres. Je lui propose d'étendre la première prescription à la journée entière et de se poser la question suivante, dès le matin : « Comment me comporterais-je « si » j'étais sûr que les gens me trouvent sympathique et digne d'estime ? ». Sa journée devra ensuite se dérouler selon ce précepte.

Lors de la consultation suivante, mon patient me dit que ces semaines ont été fortes en émotions car, en débutant ses journées selon le précepte du « comme si », il a fait beaucoup de choses et rencontré beaucoup de monde. Lorsqu'il ressentait une sensation de rejet, il s'imposait immédiatement de penser à la manière dont il se serait comporté « si » son interlocuteur lui avait témoigné estime et sympathie. En procédant ainsi, il était chaque fois parvenu à

« renverser la vapeur ». Mon patient me raconte que l'application de ce système est devenue pour lui automatique et il s'étonne qu'il faille aussi peu pour tout changer. Il a désormais le sentiment de pouvoir influencer les autres et leurs sentiments à son égard, tandis qu'autrefois, il subissait passivement les relations humaines. Ces expériences lui ont permis de se sentir capable, comme jamais. Pour preuve, le fait qu'il a décidé de recommencer à donner des leçons de tennis à son ancien club : notre « phobique social » a donc choisi de recréer la « situation délictueuse » qui avait déclenchée son trouble. Pour préparer son retour, mon patient s'est astreint à un entraînement soutenu pour être à la hauteur, puis a affiché une petite annonce au club pour donner à nouveau des leçons de tennis.

Nous poursuivons l'entretien sur les changements survenus et sur les ressources personnelles démontrées. Je lui recommande de continuer comme précédemment mais je lui suggère aussi de se préparer à l'irruption d'un moment critique, que je considère, malheureusement, comme inévitable. Mon patient en reste interdit et me demande si ma prédiction ne serait pas encore un de mes fameux « petits tours de passe-passe » pour obtenir de lui le meilleur.

Je lui réponds que pour le dire, il nous faut attendre la fameuse occasion.

Et l'occasion n'a pas manqué de se présenter. Au cours des deux semaines suivantes, mon patient reçoit deux demandes de leçons individuelles de la part de clientes ayant eu des problèmes avec son ancien instructeur. Des bruits courent que ce dernier a tenté de passer du tennis à des jeux plus intimes. Ayant appris que mon patient allait donner des cours à ses deux anciennes clientes, le professeur vient le trouver et lui demande, de manière très agressive, de ne pas accepter ces clientes faisant courir des

rumeurs aussi infâmant sur son compte. Notre ex-phobique social passe un moment critique et se dit qu'il ne peut se permettre d'entrer en conflit avec cet homme, qui pourrait menacer sa présence au club, aussi bien parmi les clients que parmi les enseignants. Mais alors qu'il est en pleine panique, mon patient se rappelle, en un éclair aveuglant, que, lors de l'apparition de ses premiers troubles, la situation était tout à fait semblable : il avait donné un cours à une femme psychologue qui s'était violemment disputée avec son instructeur. Mon patient revoit toute la scène, comme dans un film : tout le groupe des professeurs de tennis l'avait traité comme un « traître », lui manifestant distance, mépris et rejet. Il avait ressenti la situation comme insupportable, surtout parce qu'il était totalement innocent de ce qu'on lui reprochait.

Cette fausse accusation avait entraîné un sentiment de rejet social généralisé, puis une douloureuse pathologie résistante.

Mon patient me téléphone alors, en proie à la plus terrible agitation, pour me demander de l'aide. Je lui conseille de donner, comme prévu, ses leçons aux deux clientes harcelées par son instructeur et de se comporter le mieux possible, comme il l'avait fait autrefois avec sa cliente psychologue. Avec l'instructeur indélicat et les autres moniteurs (peut-être mal disposés à son égard), je lui demande d'« utiliser la douceur avec la dureté », comme dans les arts martiaux orientaux les plus raffinés. Je lui explique qu'il doit utiliser la force de l'adversaire et la lui appliquer, après l'avoir adoucie. En pratique, je lui conseille d'aller trouver son instructeur et de lui dire qu'il comprend parfaitement son indignation face à cette infâmante rumeur mais qu'il n'a pas refusé les leçons au motif que son refus aurait confirmé les bruits de couloir quant à la culpabilité de l'instructeur vis-à-vis de ses clientes. Cela aurait causé beaucoup de tort au club car seules les personnes coupables ou apeurées

assument une position aussi dure et rigide. En acceptant les deux clientes « médisantes », mon patient a fait à l'instructeur une faveur et non un affront. Mes suggestions conviennent parfaitement à mon patient, qui décide d'aller parler immédiatement à son instructeur.

Lors du rendez-vous suivant, mon patient me raconte comment s'est passé son entretien avec l'instructeur indélicat. Celui-ci, une fois les choses mises au point, ressemblait à un boxeur au tapis : très embarrassé, il a démontré une fragilité jamais connue et a fini par remercier mon patient pour ce qu'il avait fait. Depuis, l'instructeur se comporte de manière très respectueuse vis-à-vis de mon patient, allant jusqu'à lui confier certains de ses propres clients.

J'ai encore reçu ce patient pendant quelques mois, tandis qu'il continuait de s'attirer la sympathie de beaucoup de gens. Et j'ai appris qu'il s'est engagé dans une relation amoureuse avec l'une de ces fameuses clientes « médisantes »... Il continue de donner des leçons dans son club et suit des cours auprès de la Fédération de tennis pour devenir professeur titulaire.

Cas N° 9 : la phobie des pigeons

Je reçois en consultation une jeune femme, qui s'installe dans mon cabinet en proie à une forte inquiétude. Elle me raconte qu'elle est affectée par la terreur des pigeons. Pour venir me voir, elle a dû prendre sa voiture et l'a laissée sur une aire de stationnement envahie par les volatiles : elle a donc été obligée de fuir à toutes jambes jusqu'à mon cabinet, où elle s'est réfugiée dans un état de malaise très prononcé. Son trouble est si envahissant qu'elle ne peut plus aujourd'hui se promener dans les rues des centres-villes sans envoyer quelqu'un en avant-garde pour la protéger contre la menace

que constituent les pigeons. Elle évite donc systématiquement les lieux qu'elle sait être « fréquentés » par ces volatiles.

Après avoir conversé avec la jeune femme, je lui demande de lire toute la littérature qu'elle pourra recueillir sur les pigeons. Elle me répond que la simple vue d'une photographie est capable de la terroriser ; je lui demande alors de choisir, pour son étude, des ouvrages scientifiques sans images.

La jeune femme revient me voir et, comme il arrive souvent avec ce type de patients, me fait partager sa récente érudition sur le sujet ; elle me confie aussi qu'elle n'a pas trouvé d'ouvrages dépourvus d'illustrations et qu'elle a donc été contrainte de regarder des images de pigeons pour pouvoir lire le texte. Sa peur initiale a progressivement disparu au fur et à mesure de sa lecture : elle a ainsi découvert l'existence de nombreuses espèces de pigeons, aux mœurs fort intéressantes. Cette séance s'est transformée, pour moi, en véritable cours magistral et ma science zoologique s'en est trouvée enrichie : j'étais comme un élève écoutant son professeur.

À la fin de la « leçon », je la complimente pour son érudition et lui demande de poursuivre son étude des volatiles. Puis je lui propose de réaliser deux petits exercices : « Je voudrais que vous mesuriez à quelle distance des pigeons vous commencez à en avoir peur ; pour ce faire, comme vous habitez dans un centre historique, rendez-vous chaque jour sur la place principale (où vous trouverez certainement des pigeons) et approchez-vous des volatiles pour apprécier cette fameuse distance. Je veux que vous fassiez cette expérience tous les jours pour mesurer votre limite actuelle ».

Naturellement, je lui demande aussi de se prêter à l'exercice quotidien des « pires fantasmes ».

Lors du rendez-vous suivant, ma patiente me raconte qu'à sa grande surprise, elle a pu s'approcher de l'objet de sa phobie davantage qu'elle ne l'aurait cru possible. Cette expérience a été pour elle une véritable découverte. D'autre part, comme il arrive souvent avec l'exercice des « pires fantasmes », la torture s'est transformée en relaxation. Enfin, à bien les regarder comme elle le faisait maintenant, les pigeons lui ont semblé plus drôles et maladroits que menaçants.

Comme dans les cas précédents, j'ai aidé progressivement ma patiente à maîtriser la technique des « pires fantasmes » (pour bloquer et inhiber ses sensations de panique) et à s'approcher toujours davantage des volatiles. Au fur et à mesure, sa peur s'est transformée en curiosité. Comme il arrive dans la majorité des cas, la jeune femme terrorisée par les pigeons est parvenue au dépassement de son trouble en une dizaine de séances. À notre dernier rendez-vous, elle m'a apporté, pour que je la glisse dans son dossier, une photographie d'elle-même assise à une fontaine, sur le Campo de Sienne, entourée... de dizaines de pigeons !

Cas N° 10 : une acrophobie

Il y a quelques années, j'ai reçu un appel téléphonique d'un médecin qui souhaitait me consulter à propos de l'un de ses patients, affecté depuis de longues années d'une forme sévère d'acrophobie.

Il me raconte que son patient souffre tellement qu'il ne peut venir lui-même me consulter car il est incapable de voyager en voiture sur une autoroute ponctuée de viaducs et de ponts, comme il ne peut emprunter un escalier avec rampe ouverte. La vie personnelle et professionnelle de ce patient est extrêmement limitée et exige la

présence permanente et rassurante de sa femme. Le fait d'emprunter, pour se rendre à mon cabinet, cette fameuse autoroute percée dans les Appenins constitue donc un exploit au-dessus de ses forces, même accompagné de sa fidèle épouse.

Je propose alors au médecin d'appeler son patient afin que je lui prodigue certains conseils dans le but de le faire venir en consultation. C'est alors que le médecin me demande de lui fournir personnellement ces fameux conseils : son patient est en fait lui-même.

Sans m'attarder sur le subterfuge utilisé par le médecin, je lui demande de suivre scrupuleusement mes indications, même celles qui pourraient lui sembler bizarres.

« Lors de ce voyage, vous prendrez le volant et je vous demande de faire deux choses : la première, me téléphoner tous les 30 kilomètres pour me dire comment procède votre voyage ; la seconde, à l'approche des viaducs que vous redoutez, efforcez-vous de ne pas ralentir et de maintenir une vitesse de 77 km/heure ou de 66 km/heure. Je vous demande expressément de bien contrôler votre tableau de bord et de conserver votre vitesse de croisière comme je vous l'ai indiqué ».

Interloqué, le médecin me demande de lui confirmer mes prescriptions et s'interroge sur sa capacité à arriver jusqu'à mon cabinet. Je l'invite chaleureusement à suivre mes indications.

Quelques jours plus tard, je reçois son premier appel téléphonique, correspondant aux premiers 30 kilomètres parcourus. Le médecin me dit qu'il est naturellement accompagné par sa femme et qu'ils approchent du premier viaduc redouté. Il me dit alors qu'il préférerait laisser le volant à sa femme pour se cacher les yeux, comme il l'a si souvent fait dans des occasions similaires. Je lui demande de procéder comme indiqué : il sera toujours temps

d'adopter sa solution, si le passage du premier viaduc se révèle un échec.

Quelques minutes plus tard, le médecin m'appelle et me dit qu'il a dépassé le viaduc, le regard vissé à son compteur dont l'aiguille n'a pas quitté les 66 km/heure.

Le stratagème utilisé ici est celui du déplacement de l'attention du sujet de la tentative de maîtrise de la peur sur l'exécution d'une tâche requérant toute sa concentration. Mon patient, après plusieurs appels téléphoniques ponctuant son voyage, arrive à mon cabinet fatigué mais très excité par ses « victoires sur les ponts et viaducs » et très confiant dans mes qualités de thérapeute.

Nous parlons alors longuement de son problème et des nombreuses thérapies entreprises. Mon patient me raconte qu'il absorbe beaucoup d'anxiolytiques et qu'il évite de toutes les manières possibles les situations menaçantes à ses yeux. Il vit dans un appartement au rez-de-chaussée d'un immeuble, dans lequel il possède aussi son cabinet de consultation, également au rez-de-chaussée. Depuis plusieurs années déjà, il a renoncé aux visites à domicile dans la crainte de devoir monter des escaliers (à rampe ouverte) et il ne voyage jamais pour éviter tout risque de panique, la ville où il demeure ne comportant ni pont, ni viaduc.

En le traitant comme en confrère estimable, stratagème relationnel important avec les patients ayant peu d'estime d'eux-mêmes, je lui demande comment il explique le fait qu'il soit parvenu aujourd'hui à traverser plusieurs viaducs menaçants sans déclenchement de crise de panique. Il me répond qu'il m'a fait confiance comme à un « magicien »... Cependant, il ajoute que cette confiance aveugle l'a rendu capable de faire des choses dont il était autrefois incapable. Enfin, les appels téléphoniques tous les 30 kilomètres lui ont donné le sentiment de ne parcourir que

30 kilomètres au lieu des 300 de son voyage car chacune de nos brèves discussions constituait un appel d'arrivée à destination et non un appel d'étape. Il a ainsi fait plusieurs petits voyages et non un seul grand.

Je lui propose alors plusieurs prescriptions utilisées traditionnellement dans le traitement des troubles acrophobiques.

Pour son retour, je lui demande de procéder de la même manière que pour son aller mais en ne me téléphonant qu'une fois arrivé à destination. La seconde prescription est la technique classique des « pires fantasmes ».

Mon patient m'appelle une fois arrivé chez lui et me dit que son voyage a été plutôt satisfaisant, notamment grâce à la confiance que je lui avait communiquée lors de notre entretien. Il a passé les viaducs avec succès, en maintenant son allure à 66 kms/heure, sans ressentir aucune frayeur.

Lors du rendez-vous suivant, mon patient se dit extrêmement enthousiaste : il a vécu les quinze derniers jours en effectuant plusieurs voyages en voiture à travers tout le département, empruntant avec succès de nombreux ponts et viaducs et en maintenant scrupuleusement sa vitesse non pas à 66 kms/heure mais à 77, 88 et 99 kms/heure.

En venant à mon cabinet, il a fait de même, s'amusant à changer de vitesse de croisière à chaque viaduc rencontré.

Enfin, la technique des « pires fantasmes » a agi sur lui comme une cure d'amphétamines : au lieu de le terroriser, ces pensées lui ont donné de l'énergie pour affronter ses peurs plutôt que les fuir. Il ajoute que ces différentes prescriptions lui ont donné le sentiment nouveau d'être capable de dépasser ses limites, comme si quelque chose l'avait transformé de peureux en audacieux.

J'explique alors à mon patient le fonctionnement de ces prescriptions et comment elles ont débloqué ses ressources jusqu'alors emprisonnées. La thérapie est poursuivie pendant quelques mois afin de réaliser progressivement le dépassement de toutes ses peurs pathologiques : la technique des « pires fantasmes », à appliquer en cas de réactions de panique, a été son meilleur allié dans ce voyage de (re)conquête de ses ressources personnelles.

À la fin de sa thérapie, le médecin me déclare, comme preuve définitive de notre succès conjoint, qu'il a trouvé le « magicien » en lui-même.

CHAPITRE 4

L'esprit téméraire : prévenir les attaques de panique

« La leçon la plus importante que l'homme puisse recevoir de la vie n'est pas que le monde est affligé par la peur mais qu'il dépend de nous d'en tirer profit et que nous pouvons la transformer en courage ».
R. Tagore

Après notre description de la formation et de la persistance des syndromes de panique et notre présentation des expressions pathologiques les plus fréquentes et de leur traitement thérapeutique, il nous reste à évoquer la manière dont nous pouvons prévenir la formation de ces pathologies et donc les éviter.

Comme le lecteur l'aura compris, toutes les variantes d'attaques de panique se forment à partir des tentatives dysfonctionnelles de résolution de la peur émergente. On peut donc déduire de ce postulat que si le sujet parvient à éviter le déclenchement de cette répétition de tentatives – vouées à l'échec – visant à contrôler ses propres réactions, l'escalade de la peur jusqu'à la panique peut être

endiguée. La prévention des troubles anxieux se fonde donc sur la capacité de « réorienter » nos réactions habituelles à la peur (ou aux doutes) face au danger de certaines situations et/ou sensations.

Faire échec à la peur par la peur

Le premier indice fondamental, qui dérive de ce qui a été expérimenté comme antidote de la peur, est de considérer cette dernière comme une caractéristique humaine vitale qui devient mortifère seulement si elle est exaspérée.

En d'autres termes, on dira que nous ne pouvons pas éviter la peur mais c'est en l'acceptant et en l'utilisant que l'on devient courageux. Comme le dit Bontempelli, « le courage n'est rien d'autre que la peur vaincue » et non l'absence de peur. Comme je l'ai déjà affirmé dans la conclusion de l'un de mes précédents ouvrages, « on est courageux seulement si l'on a expérimenté la peur, le reste n'est qu'inconscience ».

Il y a quelques années, j'ai eu la chance de travailler avec plusieurs sportifs de l'extrême – des personnes considérées généralement comme téméraires – mais aucun d'entre eux ne m'a jamais dit qu'il n'avait jamais peur. Au contraire, tous avaient beaucoup de respect pour leurs sensations de peur et cette attitude leur avait justement permis d'en dépasser les limites. L'un d'entre eux, Angelo d'Arrigo, m'a dit : « En repoussant pas à pas, quotidiennement, nos limites, nous parvenons progressivement à dépasser les peurs qui nous freinent ou nous interdisent la pleine jouissance de nos existences ».

Une fois acceptées, nos peurs passent de l'état de faiblesse à celui de force. Si, au contraire, nous les nions ou les supprimons, elles nous surprennent au moment le plus inattendu, nous bouleversent et peuvent nous mener à la panique.

Mais accepter nos peurs ne signifie pas les subir : je parle en fait d'utilisation de la peur. Si, par exemple, je suis agressé par un assaillant qui veut me planter un couteau dans le ventre, c'est ma peur « bien » utilisée qui va me permettre de m'en sortir, d'abord pour esquiver le coup, puis pour contre-attaquer et me défendre.

Pour revenir au thème de cet ouvrage, je dirais qu'utiliser la peur pour devenir courageux signifie remplacer la peur par une peur plus grande. Exemple : si je me trouve au milieu d'une foule si dense que je m'y sente fortement mal à l'aise et que j'aie envie de fuir, je peux m'imposer de penser la chose suivante : si je fuis, la peur augmentera et se transformera en panique. De plus, la prochaine fois, je n'arriverai même pas à me mêler à la foule.

Cette manière de réorienter ses propres perceptions vers une peur plus grande par rapport à celle du moment présent permet généralement d'affronter la situation et de se prouver à soi-même que l'on est capable de surmonter la difficulté. De cette manière, on bloque et on prévient le déclenchement d'une éventuelle réaction en chaîne de peur pathologique mais on contribue aussi à augmenter la confiance dans ses propres ressources. Pour paraphraser Ovide, nous dirons que « c'est la peur qui nous rend audacieux », si elle est bien utilisée. Pour réorienter la force de la peur vers le courage, il faut donc l'écouter et même l'augmenter, en ajoutant à la perception menaçante du moment, au moyen d'un auto-leurre stratégique, l'épouvantable chaîne d'effets délétères qui pourrait se déclencher en conséquence des réactions immédiates que la peur induit.

Ubi major minor cessat : « là où le plus grand apparaît, le plus petit disparaît ».

Cet aphorisme latin décrit beaucoup mieux qu'une longue dissertation le fonctionnement de l'auto-leurre stratégique, à travers lequel chacun de nous peut bloquer le déclenchement d'une réaction de fuite ou encore une demande d'aide et de protection.

Cette technique est également utile pour affronter les situations que nous envisageons par anticipation comme génératrices de panique et pour lesquelles nous serions conduits à adopter une stratégie d'évitement ou de fuite.

La peur (des effets désastreux de notre fuite), volontairement provoquée, nous permettra d'affronter la situation redoutée, en découvrant, en plus, qu'elle n'était pas si terrifiante.

Ce qui a converti de dangereuse en gérable la perception de cet événement est l'effet d'une peur plus grande, laquelle a été capable de supprimer la peur plus petite et d'offrir l'expérience du dépassement de nos limites présumées.

Ce type de jeu mental transforme l'esprit peureux en esprit téméraire : un esprit qui défie ses propres limites et pousse au dépassement des obstacles qui nous empêchent de nous réaliser.

Exaspérer pour réduire

Une fois adopté l'auto-leurre stratégique, il est nécessaire d'acquérir une autre technique utile pour démonter les réactions de panique. Comme décrit dans la première partie de cet ouvrage, consacrée à l'anatomie de la panique, les tentatives – répétées mais infructueuses – de contrôle des réactions naturelles tendent à les

exaspérer tandis que leur paradoxale exaspération volontaire les court-circuite et en bloque l'escalade.

En d'autres termes, je dirais, avec une touche de poésie, que « pour voir le jour, il faut traverser la nuit ».

L'exemple physique le plus pertinent est le suivant : comme l'a démontré Archimède, dans l'eau comme dans tous les autres fluides, à une poussée vers le bas correspond une réaction de contre-poussée vers le haut. C'est ce qui permet aux êtres humains non seulement de nager mais aussi de naviguer et même de voler. Pousser dans la direction opposée à celle souhaitée produit la réaction d'être poussé avec une force décuplée, dans cette même direction. Les Chinois de l'Antiquité disaient, dans leur *Livre des stratagèmes* : « Si tu veux redresser une chose, tu dois d'abord la tordre davantage ». Cette affirmation en apparence illogique trouve son application concrète dans des milliers d'exemples mais son efficacité est indiscutablement démontrée dans les cas de peur et de panique car la chaîne d'événements psychologiques qui conduit à la réaction de panique en est immédiatement bloquée.

La meilleure manière de réagir à une peur provocatrice de panique est donc son exaspération mentale volontaire jusqu'à la destruction totale des sensations qu'elle procure. Toute la difficulté est de parvenir à enseigner cette méthode à une personne emprisonnée dans son syndrome de panique et à la lui faire appliquer : pour ce faire, comme nous l'avons décrit, il est nécessaire d'employer de subtils stratagèmes thérapeutiques. Dans le cas de la prévention, c'est-à-dire du travail destiné aux sujets n'ayant pas encore développé une forme de peur pathologique, l'enseignement de cette technique est beaucoup moins ardu. Il s'agira de s'entraîner à exaspérer progressivement et volontairement ses propres fantasmes phobiques (et les réactions qu'ils

provoquent), tout d'abord dans des lieux protégés et sous forme d'exercices encadrés, puis en déterminant ces sensations et ces images mentales au cours de séquences programmées pendant la journée (avec poursuite des activités habituelles). Ainsi sera-t-on en mesure d'appliquer la technique de l'exaspération lors des moments critiques, lorsque l'on est saisi par la peur (ou par des réactions anxieuses), en exagérant volontairement ces fameuses sensations dès leur apparition.

Contre toute logique, on découvrira, qu'en augmentant volontairement la peur, celle-ci diminue, qu'en amplifiant les perceptions de menace, celles-ci se réduisent, qu'en alimentant volontairement les sensations de trouble, celles-ci s'arrêtent.

Cet entraînement à l'utilisation de ce paradoxe efficace conduira à la pleine conscience de posséder les instruments et les ressources pour affronter ses propres réactions de peur. Cela entraînera la réduction drastique de la perception des situations menaçantes sous l'effet de la confiance renforcée dans ses propres capacités. Le cercle vicieux et pathogène de la peur jusqu'à la panique se transformera donc en cercle vertueux et bénéfique, capable de nous rendre « courageux ».

Savoir que l'on possède une sorte d'« arme secrète » contre sa peur fait que cette dernière n'est plus considérée comme un facteur limitatif mais comme une réaction saine et naturelle face à des stimulations réellement dangereuses : elle doit nous permettre de mieux affronter ces situations menaçantes en nous mettant en garde et en nous rendant plus attentifs à nos réactions. L'ennemi redoutable qui nous plaquait au sol, avec ses guets-apens terrorisants, devient ainsi un fidèle allié qui vient à notre secours pour nous consolider et nous rendre plus sûrs de nos ressources personnelles.

Former par la découverte

Le dernier point que je souhaite aborder à propos de la prévention de la peur pathologique concerne les enfants et les adolescents : comment faire pour les former et les éduquer, afin de réduire les risques de développer des perceptions et des réactions phobiques.

Dans cette optique, il faut que les adultes considèrent que les enfants, comme l'a si bien illustré Piaget dans ses études, doivent construire leur confiance dans leurs ressources personnelles par des expériences concrètes qui leur permettront de les utiliser au mieux. Cela signifie que, les enfants d'abord, puis les adolescents, doivent être encouragés à affronter des obstacles dont ils sauront triompher par eux-mêmes. Être en mesure de constater quelles sont ses ressources pour affronter et résoudre des problèmes apporte de l'assurance aux enfants.

Comme je le dis souvent, les parents devraient offrir chaque jour à leurs enfants une petite difficulté à résoudre ou un obstacle à surmonter. Se former par la découverte signifie prendre du plaisir en se mesurant à des défis adaptés à son âge, à ses capacités.

Comme le lecteur l'a compris, cette attitude est tout le contraire du comportement qui caractérise une personne limitée par ses peurs. Malheureusement, depuis quelques décennies, on observe une tendance opposée dans les relations parents/enfants (Nardone, Giannotti, Rocchi, 2001).

Partout dans le monde occidental, on assiste à la surprotection des enfants et des adolescents par leurs parents (et par la société en général). Les adultes tendent à rendre la vie des enfants la plus facile possible, en aplanissant par tous les moyens la moindre

difficulté et en intervenant au moindre danger présumé. En agissant ainsi, enfants et adolescents ne peuvent découvrir et utiliser leurs ressources personnelles puisque les adultes sont toujours prêts à tout faire à leur place. La confiance en soi n'est pas un don inné ni un cadeau gratuit : elle est toujours une conquête personnelle.

L'adulte qui aide et qui protège en permanence risque de rendre son enfant incapable et peureux. C'est pourquoi j'encourage vivement les parents et les éducateurs à utiliser la fameuse peur plus grande (c'est-à-dire la construction d'enfants fragiles et candidats aux peurs pathologiques) pour vaincre la peur plus petite (représentée par les difficultés qu'un enfant peut ressentir face à certaines situations).

Dans le cas des enfants aussi, je suis persuadé que pour limiter les peurs, il faut leur opposer une peur plus grande. Les parents doivent comprendre qu'en surprotégeant leurs enfants, ils deviennent responsables de leur sentiment d'insécurité et peut-être de la formation d'une phobie : cette prise de conscience constitue la meilleure méthode pour endiguer une attitude éducative pathogène.

L'obsession des parents pour améliorer la qualité de vie de leurs enfants se traduit par une protection surdimensionnée avec effets délétères plutôt que constructifs.

Il y a plusieurs décennies, un nombre impressionnant d'ouvrages de mauvaise pédagogie « positiviste » et de psychiatrie « culpabilisante » a fait son apparition dans les librairies : ils avaient pour objectif de responsabiliser des parents peu engagés dans l'éducation de leurs enfants ; mais ils ont également cloué au pilori les adultes en les rendant responsables de toutes les pathologies pouvant affecter les enfants et les adolescents. Aujourd'hui, sauf dans les cas de dysfonctionnement familial patent, cette littérature apparaît obsolète. L'aide continue et la protection permanente

n'aident en rien les enfants car elles leur interdisent les expériences nécessaires à surmonter les difficultés de l'existence. Seules des expériences concrètes, vécues à la première personne, produisent la confiance en ses propres ressources. Pour explorer ses capacités, un enfant doit être mis à l'épreuve. Cela ne signifie pas, naturellement, jeter les enfants dans les pires tribulations mais plutôt intervenir avec parcimonie et discernement, sans offrir une aide automatique. Et plus encore, ne pas écarter de leur route tous les obstacles naturels que les petits doivent surmonter, à l'instar de tous les petits d'animaux.

Pour prévenir la peur pathologique et les phobies, les adultes doivent éduquer leurs enfants à prendre plaisir dans la découverte de leurs capacités et de leurs ressources personnelles en les laissant affronter obstacles et difficultés.

Comme l'écrit Norman Vincent Peale, « l'excès de prudence est nuisible ; en évitant toutes les situations que l'on redoute, on s'expose à des conséquences regrettables. Il est souvent plus sage d'affronter les expériences qui peuvent nous sembler terrifiantes, même si nous risquons des plaies et des bosses. Et il est presque sûr que ces expériences nous sembleront moins difficiles que nous ne le croyions. Ou bien nous les trouverons vraiment ardues mais nous nous rendrons compte que nous sommes capables de les absorber ».

Pour résumer ce qu'il est possible de faire pour prévenir l'apparition de troubles liés à la panique, nous pouvons affirmer que l'antidote en est la transformation de la peur, grâce aux stratagèmes décrits, de faiblesse en force, de limite en ressource. Les réactions dysfonctionnelles et pathologiques se transforment en réactions

fonctionnelles et constructives grâce à des auto-leurres opposés à notre perception de la peur, qu'aucun d'entre nous ne peut éviter.

Personne ne peut éviter la logique de l'auto-leurre comme personne ne peut éviter la peur. Tout l'art consiste à orienter l'interaction entre nos perceptions et nos réactions, de manière à utiliser le déclencheur plutôt qu'à subir l'impact.

Combattre la peur par la peur selon les différentes méthodes décrites est l'ingrédient principal de cette « alchimie » mentale qui nous rend capables d'éviter le risque que Shakespeare décrit, comme à son habitude, mieux que tout scientifique : « Chacun de nous court le risque de se battre avec son propre courage ou avec sa propre peur, comme un fou jouant avec son ombre ».

Conclusion

Nous sommes arrivés au terme de notre voyage d'exploration et nous avons vu comment l'esprit se piège dans la panique et comment il peut l'éviter, comment le piège peut assumer différentes formes et surtout, comment guider l'esprit, rapidement et efficacement, à se libérer de ses pièges.

Je crois avoir démontré que chacun de nous est capable de créer ses propres problèmes mais également que chacun possède les ressources pour les résoudre. La différence consiste dans les stratégies adoptées, qui peuvent nous mener à la solution ou à la complication des problèmes. Ceci concerne également le choix de la thérapie vers laquelle se tourner lorsque les problèmes sont tellement handicapants qu'il est devenu impossible de s'en sortir seul – lorsque le piège que nous avons construit et dans lequel nous sommes tombés est trop profond pour en sortir sans une aide

extérieure, perche tendue par une main étrangère pour s'extraire du piège.

Une bonne thérapie doit conduire à la résolution rapide des symptômes de panique et, ensuite, à la prise de conscience de ses propres ressources et à la confiance dans ses capacités personnelles. Il faut donc se méfier de toutes les thérapies qui créent d'autres formes de dépendance et des méthodes trop longues et trop complexes. Souvent, on confond la complexité avec la profondeur scientifique et la rigueur : on dira que la chose la plus complexe est de résoudre des problèmes compliqués au moyen de solutions en apparence simples.

Enfin, citons Blaise Pascal s'adressant à un ami : « Excuse-moi si je t'ai écrit une lettre aussi longue mais je n'avais pas le temps de t'en écrire une plus brève ».

Bibliographie

- American Psychiatric Association, *D.S.M.*, Washington, 2002.
- Anonyme, *Les 36 stratagèmes : Traité secret de stratégie chinoise ; L'art de la guerre*, Éditions du Rocher, Paris, 2003.
- Auteurs variés, *Piccolo breviario per affrontare la paura*, Gribaudo, Turin, 1987.
- David Harrison Barlow, *Clinical Handbook of Psychological Disorders : a Step-By-Step Treatment Manual*, Guilford Press, New York, 1990.
- Gregory Bateson, *La nature et la pensée*, Seuil, Paris, 1984.
- Massimo Bontempelli, *Il bianco e il nero*, in *Scrittori italiani e aforismi*, Mondadori, Milan, 1984.
- Federica Cagnoni, *Pour en savoir plus, bibliographie raisonnée sur le traitement des troubles phobico-obsessionnels* in Giorgio Nardone, *Dépasser les limites de la peur. Comprendre la peur pathologique pour mieux la surmonter*, Enrick B. Éditions, Paris, 2017.
- Dennis S. Charney, National Institute of Mental Health, *The Anatomy of Panic*, in « Time », 2002.
- Emil Cioran, *Précis de décomposition*, Folio Essais, Gallimard, Paris, 1949.
- Emil Cioran, *Le mauvais démiurge*, NRF Essais, Gallimard, Paris, 1969.

- Emil Cioran, *Syllogismes de l'amertume*, Folio Essais, Gallimard, Paris, 1987.
- Emil Cioran, *Sur les cimes du désespoir*, L'Herne, Paris, 1990.
- Arthur C. Clarke, in Nick Owen, *The Magic of Metaphor*, Crown House Publishing, Glasgow, 2001.
- Newton Da Costa, *On the Logic of Belief*, in *Philosophical and Phenomenological Research*, 2, 1989.
- Newton Da Costa, *The Logic of Self-Deception*, in *American Philosophical Quarterly*, 1, 1989. *Logiques classiques et non-classiques*, Elsevier Masson, Issy-lès-Moulineaux, 1997.
- Jon Elster, *Ulysses and the Sirens : Studies in Rationality and Irrationality*, Cambridge University Press, Cambridge, 1979. Pour le 2eme chapitre, voir *Le Laboureur et ses enfants : deux essais sur les limites de la rationalité*, Editions de Minuit, Paris, 1986.
- Jon Elster, *The Multiple Self*, Cambridge University Press, Cambridge, 1985.
- Épicure, *Lettres et maximes*, texte établi et traduit, avec introduction et notes, par Marcel Conche, édition bilingue, PUF, Paris, 1987.
- Michael Gazzaniga, *Le libre arbitre et la science du cerveau*, Odile Jacob, Paris, 2013.
- Mark A. Hubble-Scott, D. Miller-Barry, L. Duncan-Bruce, E. Wampold, *L'essence du changement : Utiliser les facteurs communs aux différentes psychothérapies*, Carrefour des psychothérapies, De Boeck, Paris, 2015.
- Hermann Hesse, *Siddharta*, Le Livre de poche, Librairie Générale Française (LGF), Paris, 1975.
- Hippocrate, *Œuvres complètes*, Émile Littré, Paris, 1839-1861.
- François Jullien, *Traité de l'efficacité*, Grasset, Paris, 1996.
- Emmanuel Kant, *Critique de la raison pratique*, Flammarion, Paris, 2003.

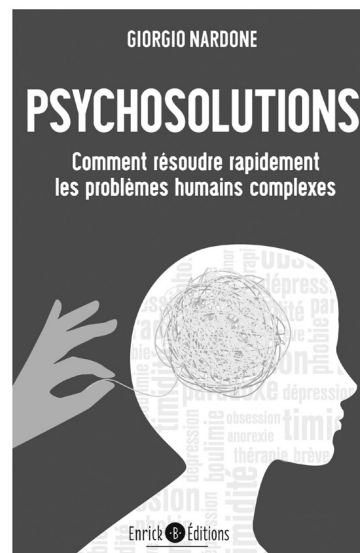
- Jiddu Krishnamurti, *Le Livre de la méditation et de la vie*, Librairie Générale Française (LGF), Paris, 1999.
- Henri Laborit H., *Eloge de la fuite*, Robert Laffont, Paris, 1976.
- Isaac Meyer Marks, *Vivre avec son anxiété ; Le soulagement de l'angoisse et de la tension nerveuse*, Editions du Jour, Montréal, 1989.
- Marks I.M., Fears, *Phobias and Rituals : Panic, Anxiety and Their Treatment*, Oxford University Press, Oxford, 1998.
- Giorgio Nardone, *Peur, panique, phobie*, L'Esprit du temps, Bègles, 2002.
- Giorgio Nardone, *Manuale di sopravvivenza per psicopazienti*, Ponte alle Grazie, Milan, 1994.
- Giorgio Nardone, *Brief Strategic Therapy of Phobic Disorders : A Model Of Therapy and Evaluation Research*, in John H. Weakland, Wendel A. Ray, 1988, *Propagations : Thirty Years of Influence from the Mental Research Institute*, Haworth Press Inc., New York, 1995.
- Giorgio Nardone, Paul Watzlawick, *L'art du changement : thérapie stratégique et hypnothérapie sans transe*, L'Esprit du temps, Bègles, 2003.
- Giorgio Nardone, Rita Rocchi, Emanuela Giannotti, *Conflits de famille*, Enrick B. Editions, Paris, 2018.
- Giorgio Nardone, *Psychosolutions*, L'Esprit du Temps, Bègles, 1998 (réédité en 2017 par Enrick B. Editions, Paris).
- Giorgio Nardone, *Dépasser les limites de la peur. Comprendre la peur pathologique pour mieux la surmonter*, Enrick B. Editions, Paris, 2017.
- Paul Watzlawick et Giorgio Nardone (ouvrage collectif sous la direction de), *Stratégie de la thérapie brève*, Seuil, Paris, 2000.
- Friedrich Nietzsche, *Le Gai savoir*, Gallimard, Paris, 1950.

- Blaise Pascal, *Pensées* in *Textes choisis*, édition dirigée par Philippe Sellier, Collection Bibliothèque, Seuil, Paris, 2009.
- Norman Vincent Peale, in AA. VV. 1987, *Op. Cit.*
- Fernando Pessoa, *Œuvres poétiques*, La Pléiade, Gallimard, Paris, 2001.
- Fernando Pessoa, *Maschere e paradossi*, Feltrinelli, Milan, 1993.
- Jean Piaget, *La construction du réel chez l'enfant*, Delachaux et Niestlé, Paris, 1937.
- Rawling, in Auteurs variés, *Piccolo breviario per affrontare la paura*, Gribaudi, Turin, 1987.
- Francesco Rovetto, *Non solo pillole*, McGraw-Hill, Milan, 1995.
- Francesco Rovetto, *Il panico*, McGraw-Hill, Milan, 2002.
- Alessandro Salvini, in Giorgio Nardone, *Peur panique, phobie*, L'Esprit du temps, Bègles, 2002.
- William Shakespeare, *Henri IV*, in *Œuvres complètes de Shakespeare*, Hachette, Paris, 1867-1873.
- Singatti S., *La ricerca valutativa in psicoterapia*, « Scienze dell'Interazione », n. 1, 1994.
- Rabindranath Tagore, (in ouvrage collectif), *Piccolo breviario per affrontare la paura*, Gribaudi, Turin, 1987.
- Hans Vaihinger, *La philosophie du « comme si »*, Kimé, Paris, 2008.
- Paul Watzlawick, *Les Cheveux du Baron de Münchhausen. Psychothérapie et « réalité »*, Seuil, Paris, 1991.
- Paul Watzlawick et Giorgio Nardone (ouvrage collectif sous la direction de), *Stratégie de la thérapie brève*, Seuil, Paris, 2000.
- Oscar Wilde, *Aphorismes*, Editions Mille et une nuits, Arthème-Fayard, Paris, 1995.

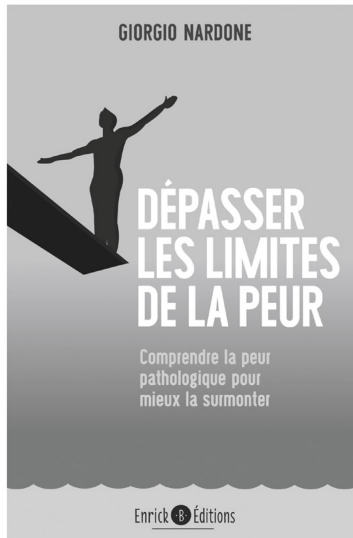
DANS LA MÊME COLLECTION



LA STRATÉGIE DE RÉOLUTION DE PROBLÈMES
L'art de trouver des solutions aux problèmes insolubles



PSYCHOSOLUTIONS
Comment résoudre rapidement les problèmes humains complexes



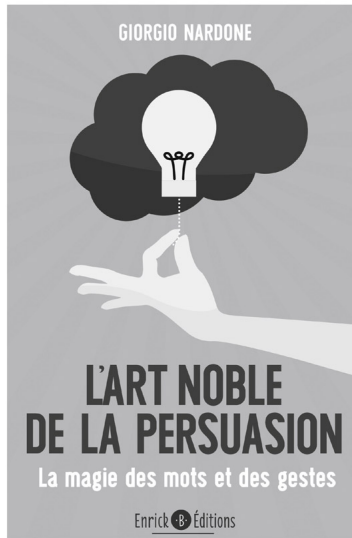
DÉPASSER LES LIMITES DE LA PEUR

Comprendre la peur pathologique pour mieux la surmonter



CORRIGE-MOI SI JE ME TROMPE

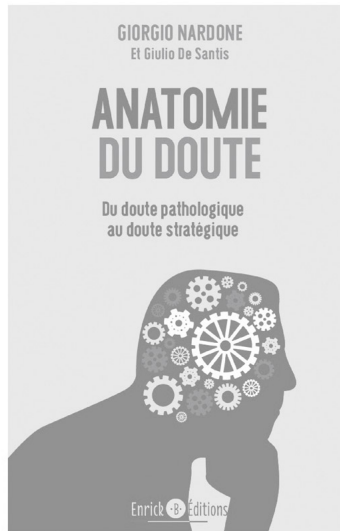
Stratégies de communication pour dénouer les conflits
de couple



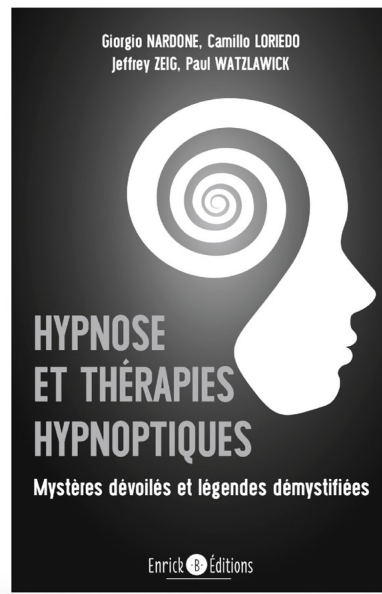
L'ART NOBLE DE LA PERSUASION
La magie des mots et des gestes



L'AMOUR ET LA HAINE DE LA NOURRITURE
Ou comment résoudre rapidement les troubles du comportement alimentaire



ANATOMIE D'UN DOUTE
Du doute pathologique au doute stratégique



HYPNOSE ET THÉRAPIES HYPNOPTIQUES
Mystères dévoilés et légendes démystifiées



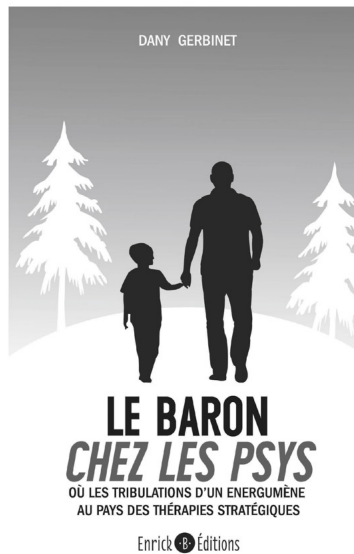
QUAND LE SEXE DEVIENT UN PROBLÈME
Thérapie stratégique des troubles sexuels



CONFLITS DE FAMILLE
Comment sortir des impasses relationnelles entre parents et enfants



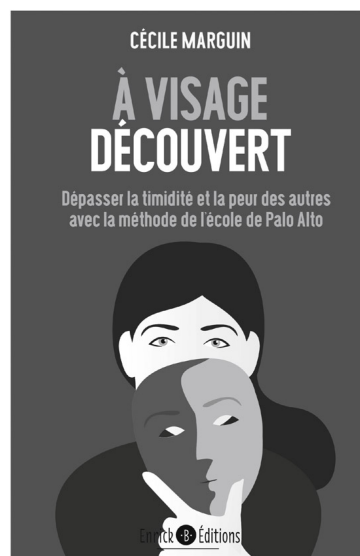
LE THÉRAPEUTE ET LE PHILOSOPHE
Atteindre un but par le non-agir



LE BARON CHEZ LES PSYS
Ou les tribulations d'un énergumène au pays des thérapies
stratégiques



MÉDECINE SANS SOUFFRANCE AJOUTÉE

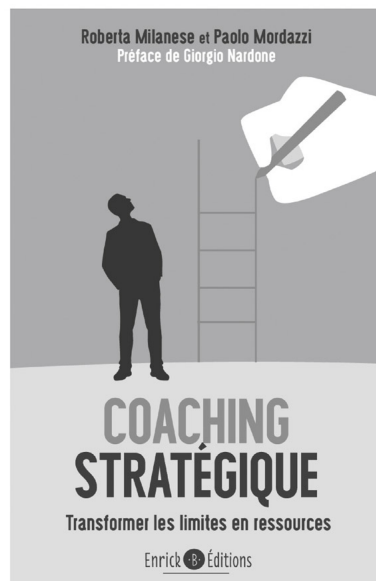


À VISAGE DÉCOUVERT

Dépasser la timidité et la peur des autres avec la méthode de l'école
de Palo Alto



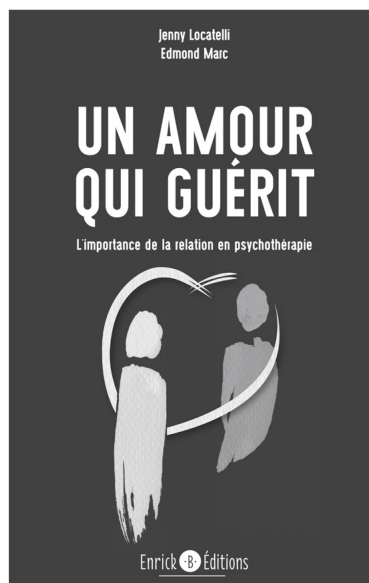
PETITE ÉPISTÉMOLOGIE DE LA THÉRAPIE
BRÈVE SYSTÉMIQUE ET STRATÉGIQUE ILLUSTRÉE PAR L'EXEMPLE



COACHING STRATÉGIQUE
Transformer les limites en ressources



LA PSYCHOTHÉRAPIE RELATIONNELLE
De la naissance d'une profession à l'émergence d'un champ disciplinaire



UN AMOUR QUI GUÉRIT
L'importance de la relation en psychothérapie